

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

**Praha 5**

**OŠETŘOVATELSKÝ PROCES  
U DROGOVĚ ZÁVISLÉHO PACIENTA**

**BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

**KATEŘINA VÁCLAVKOVÁ**

**Praha 2015**

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

# **OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U DROGOVĚ ZÁVISLÉHO PACIENTA**

**BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

**KATEŘINA VÁCLAVKOVÁ**

Stupeň kvalifikace: Bakalář

Komise pro studijní obor: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: Mgr. Hana Tošnarová, Ph.D.

Praha 2015

# ZADÁNÍ



VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o.p.s.  
se sídlem v Praze 5, Duškova 7, PSČ 150 00

Václavková Kateřina  
3. A VS

## Schválení tématu bakalářské práce

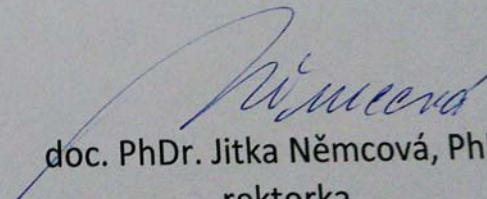
Na základě Vaší žádosti ze dne 14. 4. 2014 Vám oznamuji  
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Ošetřovatelský proces u drogově závislého pacienta

*Nursing Proces for Addicted Patient to Drug Abuse*

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Hana Tošnarová, Ph.D.

V Praze dne: 1. 9. 2014

  
doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.  
rektorka

## **PROHLÁŠENÍ**

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

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne

Podpis

## ABSTRAKT

VÁCLAVKOVÁ, Kateřina. *Ošetrovatelský proces u drogově závislého pacienta*. Vysoká škola zdravotnická o.p.s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: Mgr. Hana Tošnarová, Ph.D. Praha, 2015. 68 s.

Tématem bakalářské práce je Ošetrovatelský proces u drogově závislého pacienta. Práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část.

Teoretická část práce charakterizuje drogy, závislost, abstinenční příznaky a v neposlední řadě blíže popisuje problematiku užívání pervitinu.

V praktické části je popsán ošetrovatelský proces u drogově závislého pacienta.

Pro zpracování ošetrovatelského procesu byla použita taxonomie II NANDA 2012 – 2014. Byly stanoveny ošetrovatelské diagnózy, z nichž vybrané byly následně rozpracovány.

Klíčová slova: Abstinenční syndrom. Droga. Pervitin. Psychiatrický ošetrovatelský proces. Závislost.

## ABSTRACT

VÁCLAVKOVÁ, Kateřina. *Nursing Proces for Addicted Patient to Drug Abuse*. Nursing College, o.p.s. Degree: Bachelor. Tutor: Mgr. Hana Tošnarová, Ph.D. Prague, 2015. 68 s.

Main topic of this bachelor thesis is the nursing process of drug-addicted patient. A bachelor work is divided into theoretical and practical part.

The teoretical part describes drugs, drug addiction, withdrawal symptoms and finally the issues of methamphetamine using.

The practical part describes the nursing proces of drug-addicted patient. For the treatment of nursing process the taxonomy II NANDA 2012 – 2014 was used. The nursing diagnoses were defined and written up in detail.

Keywords: Withdrawal Syndrome. Drug. Methamphetamine. Psychiatric Nursing Process. Addiction.

## PŘEDMLUVA

K výběru tématu týkajícího se drogově závislých pacientů jsem se rozhodla z jednoznačného důvodu. V současné době se česká drogová scéna velice rychle rozšiřuje mezi širokou škálu české populace a bohužel i mezi některé jedince z mého blízkého okolí. Tato skutečnost je pro mě velice alarmující a proto se snažím o tuto problematiku zajímat jak z pohledu teorie, tak i z praktického hlediska. Jen tak mohu pro své blízké okolí i širokou veřejnost v budoucnu alespoň něco málo udělat. Pro svoji bakalářskou práci jsem si vybrala subjekt z řad pacientů závislých na drogách a to přímo na metamfetaminu. Pacient se se svojí závislostí potýká téměř polovinu svého života, snaží s ní bojovat za podpory lékařské pomoci, bohužel z dlouhodobého hlediska je léčba u tohoto konkrétního pacienta zatím neúspěšná.

Narkomanie je bohužel mnohem větší riziko pro širokou veřejnost, než si většina z nás je schopna vůbec připustit. Vezmeme-li rychlost, s jakou se momentálně užívání drog rozmáhá mezi mladými lidmi, nemoci, které se mezi narkomany vyskytují a šíří, a kriminální chování, které k této problematice bezpochyby patří, je zcela jistě zapotřebí snaha dovědět se o této problematice více. Cílem této mé práce není poučovat ostatní, nebo poukazovat na to, s čím se denně setkáváme v běžném životě, ale rozšířit své vlastní poznatky a být tak možným přínosem pro potencionální pacienty z řad drogově závislých. Už jen fakt, že ve zdravotnictví se denně setkáváme s narkomany, nebo prozatím občasnými uživateli drog, je pro mě dostačující fakt, dozvědět se více. Ulehčí mi to práci s těmito pacienty na běžném oddělení a samozřejmě i komunikaci s nimi.

## **OBSAH**

### **SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK**

### **SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ**

<b>ÚVOD</b>	<b>14</b>
<b>1 DROGOVÁ ZÁVISLOST</b>	<b>15</b>
1.1 ZÁVISLOST FYZICKÁ	17
1.2 ZÁVISLOST PSYCHICKÁ	17
1.3 TOLERANCE A JEJÍ RŮST	18
1.4 ABSTINENČNÍ PŘÍZNAKY	19
<b>2 KLASIFIKACE DROG</b>	<b>20</b>
<b>3 HISTORIE UŽÍVÁNÍ DROG</b>	<b>24</b>
3.1 SROVNÁNÍ DROGOVÉHO TRHU ČR S MINULOSTÍ	25
<b>4 KRISTALICKÝ METAMFETAMIN (PERVITIN)</b>	<b>26</b>
4.1 ÚČINKY PERVITINU	27
4.2 STÁDIA PO UŽITÍ PERVITINU	28
<b>5 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U DROGOVĚ ZÁVISLÉHO PACIENTA</b>	<b>31</b>
5.1 DOPORUČENÍ PRO PRAXI	60
<b>ZÁVĚR</b>	<b>62</b>
<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY</b>	<b>64</b>
<b>SEZNAM PŘÍLOH</b>	



## SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

<b>BMI</b>	Body Mass Index, Index tělesné hmotnosti
<b>CNS</b>	Centrální nervová soustava
<b>D</b>	Dech
<b>LSD</b>	Diethylamid kyseliny lysergové, halucinogen
<b>MDMA</b>	Extáze
<b>THC</b>	Tetrahydrocannabinol, hlavní psychoaktivní látka konopí
<b>TK</b>	Krevní tlak
<b>TS</b>	Sebevražedný pokus
<b>TT</b>	Tělesná teplota
<b>P</b>	Puls

(KREJSOVÁ, 2005)

## SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

**Abnormální** – nenormální

**Abulie** - neschopnost jedince rozhodovat a správně jednat, přestože si uvědomuje nezbytnost této činnosti

**Abúzus** – nadměrné užívání látky

**Adiktologie** - nauka o závislostech, vědní obor o návykovém chování

**Aerosol** - disperzní soustava obsahující kapalné nebo pevné částice rozptýlené v plynu

**Afázie** – ztráta schopnosti řeči způsobená narušením řečových center v mozku

**Afekt** – silný, bouřlivě, ale krátce probíhající citový stav

**Agitovanost** - uvolňování nervového napětí spojené s úzkostí, strachem či duševním stresem

**Alkaloid** – člen skupiny zásaditých sloučenin, většinou rostlinného původu s výraznými účinky na lidský organismus, často Amence - porucha vědomí projevující se neschopností orientovat se

porucha vědomí projevující se neschopností orientovat se

**Amnézie** - celková nebo částečná ztráta paměti způsobená úrazem nebo nemocí

**Analgetika** -léky centrálně tlumící bolest

**Anxieta** – chorobný stav úzkosti

**Apatie** - netečnost a lhostejnost, naprostá pasivita

**Ativum** – lék, který uklidňuje, tlumí psychickou, především emoční aktivitu

**Automutilace** – sebepoškození

**Behaviorální** – týkající se chování; přístupující k lidské existenci na základě pozorovatelného, objektivně zkoumatelného chování

**Bradypsychismus** - celkové zpomalení tempa řeči, myšlení a duševní činnosti

**Craving** – (bažení) fyzická, nebo psychická potřeba užívat určitou látku

**Dekadence** – úpadek

**Delirium** – kvalitativní porucha vědomí; blouznění a neklid, spojená zpravidla s iluzemi a halucinacemi, zvláště zrakovými

**Distribuce** – rozšiřování

**Dopamin** – biochemický prekurzor přenašečů nervových vzruchů v mozku

**Efedrin** – alkaloid užívaný jako lék, je zneužíván k výrobě omamných látek

**Euforie** – radostná, povznášející nálada

**Expanzivní** – rozšiřující se

**Fobie** - chorobný strach, úzkost; odpor, nenávisť

**Halucinace** – klamný vjem, vzniklý chorobně bez příslušného podnětu, nemocný je přesvědčen o jeho existenci

**Hyperagilnost** - závada či porucha jednání projevující se extrémní aktivitou a spontaneitou, často zrychlenou

**Hyperaktivita** – nadměrné, ale bezúčelné a neproduktivní zvýšení činnosti, často též činnosti motorické

**Hyperbulie** - přehnaně až chorobně zvýšená volní aktivita, extrémní volní úsilí, rozhodnost a průbojnost

**Hypertenze** – vysoký krevní tlak

**Hypnotika** – skupina psycholeptických látek, které vyvolávají zklidnění

**Hypoagilnost** - závada či porucha jednání projevující se nápadně malou aktivitou a spontaneitou

**Hypobulie** - porucha schopnosti jednat cílevědomě a uvědoměle, nedostatek pevné vůle

**Inkoherentní myšlení** - nesouvislé, nespojité, nepřiléhavé, útržkovité, roztříštěné, bez logického systému a řádu, slovní salát

**Intoxikace** – stav otravy někdy způsobený abúzem alkoholu, či jiné drogy, omamné látky, jedu

**Katatonické symptomy** - např. neschopnost hýbat se a hovořit, ztuhlost

**Kompulzivní jednání** - nutkavé jednání člověka, nedostatečně řízené rozumově; tiky

**Konfabulace** - smyšlenka; chorobná obrazotvornost

**Manýrování** - opakující se chování; motorické stereotypy

**Mutismus** - oněmění, ztráta řeči po duševním úrazu

**Mydriáza** – rozšířené zornice

**Narkomanie** – závislost na určité látce

**Nauzea** – pocit nevolnosti s nucením na zvracení

**Noradrenalin** – nervový přenašeč, hormon dřeně nadledvinek, produkován také neurony mozkového kmene; produkce je normoforie

**Normoforie** - normální nálada

**Obsedantní** – nutkavý, vtíravý

**Opioidy** – látka schopná vázat se na opioidní receptor

**Paranoidní chování** - chorobné přesvědčení provázené silným pocitem evidentnosti, např. o sledovanosti a perzekuci vlastní Patologický – vztahující se k chorobným pochodům a změnám organismu.

**Psychoaktivní droga** – je chemická látka primárně působící na centrálně nervovou soustavu; dočasně mění vnímání, náladu,

**Psychomotorika** - souhrn pohybových projevů člověka, jeho voní i mimovolní pohybové činnosti včetně mimiky, grimas, gestikulace; Psychotropní - mající vliv na psychiku např. Halucinogeny

**Somnolence** - snížená bdělost, ospalost, chorobná dřímota

**Sopor** - porucha vědomí, středně těžká forma bezvědomí

**Stimuly** – podnět, motiv, pohnutka

**Subfebrilie** – zvýšená tělesná teplota

**Substance** -podstata, neměnný základ, trvalý subjekt; hmota, látka

**Tachykardie** – zrychlený tep při horečnatých onemocněních, ale též při silných emocích

**Tachypsychismus** - zrychlené myšlení, rychlost řeči nemusí stačit rychlosti mluvení

**Tetrahydrokanabinol** – psychotropní látka obsažená v konopí

**Trans** – zvláštní stav vědomí, podobný stavu hypnotickému

(HARTL, 2010)

## **SEZNAM OBRÁZKŮ, TABULEK A GRAFŮ**

Tabulka 1 Dělení drog dle míry rizika

Tabulka 2 Broset Violence Checklist – hodnocení rizika agrese

Tabulka 3 NGASR (Nurses Global Assessment of Suicide Risk) -hodnocení rizika TS

## ÚVOD

Drogová závislost je onemocnění, jenž vyžaduje dlouhodobý proces léčby, který je jednak nákladný, ale hlavně se jedná o dlouhodobou léčbu. Vzhledem k tomuto faktu by měla být léčba co nejefektivnější a pro každého pacienta nastavená individuálně. Drogově závislí pacienti jsou převážně z řad mladších generací, ale nejsou výjimkou ani dospělí jedinci, kteří se z nějakého důvodu uchýlili k užívání návykových látek, nebo k jiným závislostem.

Teoretická část je zaměřena na celkové základní shrnutí této problematiky. Je zde obsáhlé základní rozdělení návykových látek, závislostí a zmiňuje se i několik hlavních drog, které jsou na dnešní drogové scéně běžné. Tato část obsahuje také něco málo z historie užívání drog a zejména se pak zaměřuje na drogu označovanou jako metamfetamin, neboli pervitin, ten je v současné době nejrozšířenější drogou na české drogové scéně.

Praktická část je zaměřena na jeden určitý subjekt (drogově závislého pacienta), který se léčí právě ze závislosti na metamfetaminu. Ošetrovatelský proces je zpracovaný na základě dokumentace z psychiatrického oddělení a dále je rozvinutý pomocí NANDA – ošetrovatelské diagnózy 2012 – 2014 a realizace poskytované péče. Praktická část je uzavřena doporučením pro praxi.

Cílem bakalářské práce je poukázat na danou drogovou problematiku. Také má upozornit na alarmující stav rozšiřování drogových závislostí. Také vykresluje, jak složitý proces léčby je zapotřebí k vyléčení drogově závislého pacienta.

# 1 DROGOVÁ ZÁVISLOST

Drogová závislost (někdy nazývána též jako narkomanie nebo látková závislost) se vyznačuje zejména abnormálními, téměř až patologickými stavy, které dokáže vyvolat častější užívání určité látky. První příznaky vznikající závislosti se začínají zprvu ozývat v podobě nutkání cíleného vyhledávání látky, které je podmíněno buď fyzicky nebo psychicky.

Vznik závislosti na určité látce postupně zabraňuje přirozeným reakcím na zcela běžné stimuly. Pokud se jedná o vážnější stádia závislosti, je pravděpodobný dopad na totální narušení základních společenských a všech životních činností. V drtivé většině je také jistý totální kolaps organismu zapříčiněný postupným selháváním orgánů, které jsou látkou devastovány již od prvního užití drogy. Intenzita závislostí se dá odstupňovat, stejně jako rozčlenit dle toho, jedná li se o závislost tzv. psychickou, nebo fyzickou. Nelze přesně specifikovat, která z těchto dvou je pro uživatele horší. Konečné stádium mají totiž obě závislosti stejné a tím je smrt uživatele. (VOKURKA, 2007)

Jako **droga** jsou označovány veškeré látky na přírodní nebo syntetické bázi, jenž dokáže vyvolat změnu stavu vědomí, nebo činnosti organismu.. Tyto látky jsou především zneužívány k uměle vyvolané změně mysli a duševního stavu. Další z účinků, které vyvolává, je například zvýšená fyzická aktivita, či psychické oživení. Zároveň se podepisuje na značné změně chování uživatele. Změny vyvolané účinkem drogy působí zejména na centrální nervovou soustavu. Světová zdravotnická organizace definuje drogu jako jakoukoliv látku, která po vstupu do organismu je schopna pozměnit jednu nebo více funkcí, působí přímo nebo nepřímo na centrální nervový systém a může mít přiznáno postavení léku. (STANČIAK, 2008)



**Závislost** je stav chronické, nebo periodické otravy opakovaným použitím přirozené, nebo syntetické látky, které poškozují postiženého, nebo společnost. Dnes se ve většině případů mluví spíše o závislosti drogové, neboli závislosti látkové. U závislosti se dá hovořit o jakémsi patologickém vztahu mezi látkou a organismem. Který vzniká na základě opakovaného užití, které následně vede k periodické intoxikaci, doprovázené silnou touhou, až nekontrolovatelným nutkáním drogu užívat. Závislost snižuje schopnost sebeovládání ve vztahu k užívání drogy a zároveň zvyšuje potřebnou dávku, potřebnou k dosažení drogového opojení. Ve chvíli, kdy dojde k vynechání dávky, dostávají se nepříjemné abstinenci příznaky. Droga postupně začíná organizovat celý život nemocného tak, aby neustále opakovaně drogu užíval. Zvýšené riziko vzniku závislosti je u lidí, kteří vyhledávají stále nové zážitky a u lidí, jenž mají genetické předpoklady pro vznik závislosti. Tento předpoklad je prokázán hlavně u synů osob závislých na alkoholu. (HARTLOVÁ, 2012)

Pro diagnózu závislosti by měl pacient vykazovat alespoň tři ze sedmi dále uvedených příznaků v časovém rozmezí 12-ti měsíců:

- Růst tolerance (zvyšování dávek, aby se dosáhlo stejného účinku nebo poklesu účinku návykové látky při stejném dávkování);
- abstinenci příznaky po vysazení látky;
- přijímání látky ve větším množství nebo v delší době, než měl člověk v úmyslu;
- dlouhodobá snaha nebo jeden či více pokusů omezit a ovládat přijímání látky;
- trávení velkého množství času užíváním a obstaráváním látky nebo zotavování se z jejich účinků;
- zanechávání sociálních, pracovních a rekreačních aktivit v důsledku užívání látky nebo jejich omezení;

- pokračující užívání látky navzdory dlouhodobým nebo opakujícím se sociálním, psychologickým nebo tělesným problémům, o nichž člověk ví a které jsou působeny nebo zhoršovány užíváním látky. (RŮŽIČKA, 2012)

## **1.1 ZÁVISLOST FYZICKÁ**

Fyzická závislost se začíná projevovat ve chvíli, kdy si tělo uživatele navykne na přítomnost látky v organismu, což vede uživatele k nucenému dalšímu aplikování drogy, aby zamezil projevům abstinenčních příznaků. Fyzická závislost vzniká ve chvíli, kdy ji organismus zahrne do metabolismu, jako jeho přirozenou součást. Výsledkem toho je vytvoření potřeby přítomnosti drogy k fungování organismu. Pokud následně dojde k přerušení dodávky látky, na kterou má organismus vytvořen fyzickou závislost, dostaví se silné abstinenční příznaky, které vyvolávají pocit nutnosti k aplikaci drogy, aby byl organismus navyklý na látku uspokojen. Tedy alespoň do chvíle, než odezní účinky. (RŮŽIČKA, 2012)

Je definována růstem tolerance a průkazem odvykacího stavu, jehož součástí je i fyzický (patofyziologický) craving. Pro fyzickou závislost jsou učebnicovými vzory opioidy nebo benzodiazepiny. (KALINA, 2008)

## **1.2 ZÁVISLOST PSYCHICKÁ**

Psychická závislost je způsobena opakovaným užíváním omamných a psychotropních látek, které navozují postupné změny v prožívání jedince. Tento stav je charakteristický nutkavou potřebou užít danou látku, tzv. craving. (RABOCH, PAVLOVSKÝ a kol., 2012)

Vyznačuje se neustále se ohlašujícím nutkáním užít drogu, která nám dodává falešné pocity blaha, síly, bdělosti, velkou dávku sebevědomí a mnoho dalších příjemných pocitů, které ale nejsou reálné a jsou pouze dočasné, dokud účinek drogy nepoleví. Po jejím odeznění je uživatel závislostí opět poháněn vstříc další dávce.

Zprvu může jít o pouhé přání drogu užít. V tomto případě se dá zatím lehce odolat. Může však jednoduše nabít na intenzitě a z pouhého přání se náhle stává dychtivá, až neodolatelná touha po jejím požití, kdy po aplikaci tyto nutkavé pocity odezní. Bohužel opět pouze dočasně a to po dobu, než účinky drogy pominou. V případě přerušení dodávky drogy do těla by se nemělo nic stát. Nedostaví se žádné fyzické abstinenci příznaky, ale psychická závislost může být natolik silná, že dokáže v těle vyvolat například silné křeče, nebo třes. Samotná psychická závislost je spíše závislostí, která se vytvoří na určité okolnosti, se kterou je její užívání spojeno (specifický tip společnosti, nebo prostředí ve kterém se uživatel pohybuje, případně rituál spojený s užitím drogy). (RŮŽIČKA, 2012)

Psychická závislost se dá definovat jako 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 nebo nikotin. (KALINA, 2008)

### **1.3 TOLERANCE A JEJÍ RŮST**

Tolerancí označujeme situaci, ve které je například pacientovi s bolestmi jako přípravek k jejímu utlumení podáván návykový morfin, což je vlastně základní prvek k vytvoření sloučeniny, která je na drogovém trhu distribuována pod názvem heroin. Při pravidelném podávání takové látky v pravidelných intervalech si organismus začíná vytvářet jakousi resistenci na její účinek a je nutné zvyšovat množství podávané látky, aby se opět dostavil plnohodnotný a uspokojivý účinek. Takto se tolerance projevuje ve všech případech, kdy dochází k pravidelnému užití jakékoliv látky, kterou je náš organismus schopen nově zařadit do svého metabolismu, jako by byla jeho přirozenou součástí. (DROGOVÁ PORADNA, 2007)

Hlavním problémem růstu tolerance je to, že k dosažení stejného účinku je potřeba vyšší dávka látky. Jak vzniká tolerance, není zcela jasné. Zvýšená tolerance může vzniknout v důsledku nižší reaktivity centrálního nervového systému na

návykovou látku. Mezi další možnosti patří rychlejší odbourávání látky. (NEŠPOR, 2007)

## **1.4 ABSTINENČNÍ PŘÍZNAKY**

K tomuto projevu dochází při častém a pravidelném užívání drogy, kdy dochází k tomu, že si tělo začne zvykat na přítomnost určité látky v těle, která se později stává jeho nedílnou součástí, potřebnou k „bezchybnému“ fungování organismu.

Jako abstinенční příznaky jsou označovány fyzické a psychické projevy jako je například tachykardie, tělesný třes, nauzea, subfebrilie, hypertenze, epileptické záchvaty, delirium, halucinace a další projevy. U pacienta s abstinенčními příznaky je nutno zabezpečit stálý, nepřetržitý dohled kvalifikované osoby, jelikož v důsledku přetížení organismu může dojít k jeho zastavení nebo halucinacím, které často vedou pacienta až k jeho sebepoškození. (DOBIÁŠ, 2006)

## 2 KLASIFIKACE DROG

*V názorech na třídění látek s možným návykovým potenciálem existuje rozdíl mezi pohledem laické veřejnosti a odborníků zaměřených na adiktologickou problematiku. Veřejnost touží po jednoznačném a snadno zapamatovatelném systému s jasně vymezenými hranicemi mezi „bezpečím“ a „nebezpečím“. Tento požadavek však nelze jednoduše realizovat, poněvadž řada drog stojí na pomezí obou skupin, navíc záleží na chemické struktuře substancí, jejich interakci s organismem a na mnoha dalších parametrech. (KACHLÍK, 2004, s. 27)*

Drogy lze rozdělit podle několika hledisek:

### **Rozdělení drog podle původu**

Rozdělení drog do skupin přírodních a syntetických nám definuje původ vzniku jednotlivých typů drog. Přírodní drogy jsou získávány především z rostlinných surovin a nevyžadují žádné další úpravy pomocí přidávání chemických sloučenin. Jedná se tedy o drogy vzniklé vyloženě na přírodní bázi získávané jednoduchým způsobem přímo z rostlin, které obsahují účinnou látku v konečné podobě (marihuana, lysohlávky, koka, durman a nesčetné množství dalších rostlin obsahujících látky, které se dají označit díky jejich působení na organismus jako droga). Oproti tomu syntetické drogy jsou vyráběny výhradně pomocí chemických látek v laboratorních podmínkách pod dohledem kvalifikovaných osob s chemickým vzděláním. Syntetické drogy jsou skupina drog, která má na svědomí převážnou část drogové závislosti vyskytující se mezi narkomany. Jsou vyráběny na základě přesného dávkování jednotlivých chemických sloučenin, které se pak laboratorně upravují. Patří mezi ně například droga nesoucí název LSD nebo amfetamin včetně jeho dalších derivátů. (IVERSENM, 2006)

## **- Drogy přírodní**

Do skupiny označované jako přírodní droga se řadí všechny druhy rostlin, jenž obsahují přímo v jejich částech některou z přírodních psychotropních nebo omamných látek. Tato skupina je díky obrovské přírodní rozmanitosti nejobsáhlejší. Drogy získávané z přírodních produktů mají menší devastující dopad na organismus uživatele, jsou to například:

- Konopné produkty (marihuana, hašiš, hašišový olej,...)
- Koka (žvýkání listů)
- psychoaktivní houby (lysohlávk y , muchomůrky atd.)
- psychoaktivní rostliny (některé kaktusy, durman , mandragora atd.)
- atd. (celkem asi 2500 psychoaktivních rostlin a hub)

## **- Drogy syntetické**

Do skupiny syntetických drog řadíme všechny látky, které jsou svoji charakteristikou označovány jako droga. Jsou vyráběny výhradně v laboratorních podmínkách. Výroba je složitý a nebezpečný proces, proto jsou téměř vždy pod dozorem kvalifikované osoby z řad chemiků. Do této skupiny řadíme například:

- LSD
- metamfetamin (pervitin)
- MDMA (extáze)
- heroin
- kokain
- atd...

## **Rozdělení drog z právního hlediska**

Toto rozdělení obsahuje doposud známé látky, které díky jejich vlastnostem označujeme jako droga. Jedná se o různé rostliny, živočišné produkty a samozřejmě také látky uměle vyrobené v chemických laboratořích pomocí složitých chemických procesů.

## **- Drogy legální**

Do této skupiny řadíme takové drogy, které jsou státem povolené a tudíž je jejich užívání dekriminlizováno. Některé legální a volně prodejné drogy jsou limitovány jediným faktorem a to je věk. Pokud osoba kupující legální drogu podléhající věkovému omezení prodeje doposud nedosáhla věku potřebného k jejímu prodeji, bude mu nákup takové látky odepřen. Zejména se jedná o tabákové výrobky a nápoje obsahující alkohol, kofein a další legální látky, které nepodléhají žádnému věkovému, ani jinému omezení. Dále mezi ně řadíme některé léky a různé těkavé látky, které jsou volně prodejné. Do této kategorie spadají také výherní automaty, terminály a hazardní hry, na kterých se velice lehce stává člověk závislý.

## **- Drogy ilegální**

Do skupiny ilegálních drog jsou zahrnovány všechny látky, jenž jsou z pohledu zákona klasifikovány jako nezákonné a není tedy povoleno je jakkoliv vyrábět, vlastnit, nebo dokonce prodávat. Tyto látky dělíme na:

- halucinogeny
- opiáty
- konopné drogy
- stimulanty
- taneční drogy

## **Rozdělení drog podle vzniku závislosti**

Jde o rozdělení, které je asi nejznámější a mediálně nejužívanější. Jeho použitelnost a vypovídací hodnota je však omezená, nebere v úvahu mnoho jemných nuancí, které jsou v praxi významné. V tomto rozdělení jsou látky s vyšší mírou rizika označovány jako tvrdé drogy, látky s nižší mírou jako drogy měkké. (MINAŘÍK, 2009)

Tab 1 Dělení drog dle míry rizika

Míra rizika	Síla	Zástupci
vysoká	tvrdé	Toluen Heroin Morfin Durman Crack LSD
vysoká až střední	tvrdé	Lysohlávky Kokain Pervitin
střední	tvrdé	Alkohol Extáze Efedrin Kodein
relativně malá	měkké	Marihuana Hašiš Kokový čaj
prakticky bez rizika	měkké	Káva Čaj

zdroj: MINAŘÍK [online], 2009



### 3 HISTORIE UŽÍVÁNÍ DROG

Od pradávna jsou drogy jako takové nedílnou součástí lidské historie. Svědčí o tom jak písemné, tak hmotné historické prameny. V některých kulturách bylo užívání drog výsadou pouze majetnější vrstvy obyvatel, popřípadě jejich účinky využívali náboženští kněží a šamani, k jednoduššímu navození stavu hlubokého transu. Používaly se také při léčbě některých chorob a při běžných magických a náboženských obřadech. V některých kulturách se drogy staly běžnou a nedílnou součástí každodenního života. V určitých případech se vytvořila historicky a společensky přijatá konzumace drog, jako je například žvýkání Koky v případě jihoamerických indiánů. (EMMEROVÁ, 2008)

První poválečné roky v Československu byly i přes veškeré potíže obdobím nadšené obnovy země, optimismu, budování nového života. V tomto prostředí nebylo místo pro dekadenci, alternativní kulturu či drogy. České země jako by byly vůči drogám imunní, jako by se jednalo pouze o problém Západu, který se nás netýká. Bylo to však pouze zdánlivé. Na psychiatrickém kongresu v Jeseníku v roce 1959 sdělil přednosta plzeňské psychiatrické kliniky profesor Vencovský, že zatímco na konci první republiky bylo u nás evidováno něco přes 250 závislých na opiátech, po roce 1945 to byli jen tři. Z toho dedukoval, že praktická aplikace našich zákonných opatření vedla takřka k úplné likvidaci opiátové toxikomanie a že ta není více pro Československou republiku sociálním ani zdravotním problémem. (POLICIE, rok neuveden) Ve dřívější době před rokem 1990 byl tuzemský trh zásobován výhradně látkami, které pocházely z tuzemské produkce místních drogových distributorů. Především se dá mluvit o pěstování konopí sloužící pro výrobu marihuany, nebo hašiše, dále se zde ve velké míře objevovala droga nesoucí název metamfetamin (označení na české drogové scéně jako pervitin). V této době na celém území České republiky neexistoval stálý drogový trh, jak je tomu dnes.

Drogy zde vyráběly a distribuovaly menší, dobře propojené skupiny, jež si vzájemně vypomáhaly protislužbami a zajišťovaly si tak produkci, následnou distribuci a v mnohých případech i samotnou spotřebu. S odchodem komunismu se ruku v ruce začalo v ČR rozmáhat období, ve kterém došlo k značnému uvolnění, začala se snižovat sociální kontrola. Důsledkem toho byl počáteční výskyt prvního rozmanitějšího drogového trhu a počátek vzniku tzv. České drogové scény. Nově

vybudovaný drogový trh určený pro nově vznikající tuzemskou drogovou scénu, byl zásoben převážně zahraničními výrobci nelegálních omamných látek. První droga, dovážená na tuzemský drogový trh ze zahraničí, byl heroin. (NECHANSKÁ a kol.,2011)

Postavení producentů a distributorů bylo nuceno projít velkou změnou týkající se převážně rozdělení trhu mezi jednotlivé skupiny pohybující se na pozadí české drogové scény. Předěšlo se tak především sporům o území, jelikož při tomto zrodu proběhlo prvotní rozdělení bez jakýchkoliv dohadů na základě vzájemné dohody, mezi zainteresovanými skupinami, které měly území výhradně ovládnout a působit pouze v daných lokalitách. Zároveň musely být nahrazeny prvotní menší skupinky zabývající se výrobou a distribucí drog. Nahradily je početnější skupiny (drogové gangy) zabývající se výrobou a distribucí drog ve větší míře, jelikož bylo zapotřebí vzájemně provázat a zásobit nově vzniklou drogovou sítí. Důsledkem rozrůstání drogového trhu bylo vytvoření jakési hierarchie distributorů a vznik přímé konkurence. Tento vývoj začala provázet i rostoucí drogová kriminalita. (POLICIE ČR, 2007)

### **3.1 SROVNÁNÍ DROGOVÉHO TRHU ČR S MINULOSTÍ**

Pokud se zaměříme na stav českého drogového trhu, tak lehce zjistíme, že nyní stagnuje. To je způsobeno jeho nasycením různými druhy drog v minulosti a tudíž v současné době stav setrvává. Jediné co se na tuzemském drogovém trhu v současnosti mění, je obliba jednotlivých drog a podle toho je také trh zásobován a přizpůsobován aktuální poptávce po daných typech drog. Změna je zaznamenána pouze ve velkém nárůstu poptávky po kvalitní marihuaně s vysokým obsahem aktivní látky THC. Na vedoucí pozici drogového trhu v ČR se stabilně udržuje Praha. Je zde soustředěna velká míra jak výroby, tak i samotná distribuce. Ta je zaměřena převážně na nejvytíženější uzly MHD, především přestupní stanice metra. V oblíbě je také obchod s turisty v centru. Výroba a samotná distribuce se dají označit jako nekončící koloběh. Pokud dojde k zadržení nějaké skupiny pohybující se v oblasti výroby, či distribuce drog, je téměř ihned nahrazena skupinou jinou. (POLICIE ČR, 2007)

## 4 KRISTALICKÝ METAMFETAMIN (PERVITIN)

Pervitin je českým označením pro krystalický metamfetamin. Je jednou z forem drogy nazývané metamfetamin. Metamfetamin je bílá látka ve formě prášku nebo krystalů, kterou lidé užívají šňupáním, kouřením nebo nitrožilně aplikací injekční stříkačkou. Někteří ho dokonce užívají orálně. U všech se však rozvine silná touha pokračovat v užívání, protože droga vytváří falešný pocit štěstí a pohodlí – drogové opojení (silný pocit nebo zážitek) charakteristický jistotou, hyperaktivitou a zvýšenou energií. Uživatel též zažívá sníženou chuť k jídlu. Účinky této drogy obvykle trvají 6 až 8 hodin, ale mohou trvat až 24 hodin. První zážitek může zahrnovat určitý pocit slasti, ale ničivé účinky pervitinu působí již od samého počátku užívání.

Pervitin je chemická sloučenina, která je uměle vytvořena člověkem v laboratorních podmínkách, narozdíl například od kokainu, který je na přírodní bázi získávaný z rostliny s názvem Koka. Je vyráběn v ilegálních laboratořích z běžně dostupných léků například proti nachlazení a poté je dále na černém trhu distribuován ke koncovým uživatelům. Při výrobě pervitinu se nejprve chemickým procesem získává látka zvaná efedrin obsažená v lécích, které jsou k výrobě drogy používány. Poté se pomocí dalších látek upravuje a ve velké míře se přidávají nebezpečné přísady zvyšující účinek – nemrznoucí kapalina, čističe odpadů, nebo kyselina. (LIDOVKY CZ, 2009)

Díky těkavosti používaných látek a skutečnosti, že velká část „vařičů“ jsou sami drogově závislí, je zde obrovské riziko, kdy může lidskou chybou, nebo nepozorností dojít k explozi amatérské laboratoře, jež končí v lepších případech popáleninami, ale exploze může být tak silná, že může ohrozit obyvatele přilehlých budov. S výrobou „pervitinu“ je spojena také vysoká produkce nebezpečného toxického odpadu zhruba 2,5 kg odpadu na 0,5 kg „pervitinu“. Při styku s toxickým odpadem hrozí otrava, nebo další onemocnění způsobená toxickými látkami, které odpad obsahuje. Jsou známy případy, kdy „vařiči“ ukládají toxický odpad do lednice, kde také uskladňují jídlo ke konzumaci. Na základě tohoto špatného způsobu uskladnění proniká do jídla například Amoniak, který je pro lidský organismus

smrtný. Ne jedna matka narkomanka přišla o své dítě, když mu podala na drogách otrávené jídlo, což si v danou chvíli ani neuvědomila. (ŘEKNI NE DROGÁM, 2009)

### **Slangové názvy pervitinu**

Pervitin si mezi jeho uživateli v České republice osvojil velkou řadu slangových výrazů. Nejznámějšími jsou:

- |           |            |
|-----------|------------|
| - P       | - Piko     |
| - Péčko   | - Pergo    |
| - Péro    | - Peří     |
| - Perník  | - Psaníčko |
| - Peršing | - Raketa   |
| - Lajna   | - Meth     |

## **4.1 ÚČINKY PERVITINU**

Amfetaminy jsou stimulanci CNS a způsobují uvolňování noradrenalinu a dopaminu. Mohou vyvolat halucinace a bludy, které jsou často velmi podobné příznakům při akutních a přechodných psychotických poruchách.

### **- Krátkodobé účinky**

Užívání pervitinu je spojeno s falešným pocitem energie a pohody, z tohoto důvodu má uživatel tendenci nutit své tělo k zrychlenému jednání a zároveň tak vytváří velkou zátěž pro organismus, než na kterou je přirozeně stavěno. Na základě tohoto hrozí uživateli následné fyzické, nebo psychické zhroucení po pominutí účinku drogy dané vysílením organismu.

Mezi krátkodobé nežádoucí účinky patří pohybové stereotypy spojené s intoxikací (vykroucenost), strach, úzkostné prožívání, pocity pronásledování,

mydriáza. Také nadměrná koncentrace na nějakou činnost (záseky) a urychlení myšlení, související s poklesem jeho kvality (KALINA, 2008)

### **- Dlouhodobé účinky**

Dlouhodobé užívání pervitinu s sebou přináší velkou řadu problémů, mezi hlavní patří chronická intoxikace, pro kterou je typický neklid, pocit napětí, úzkosti a předrážděnosti. Vyskytují se poruchy spánku, 19 panikaření, nevolnost, zvracení a sucho v ústech. Je zřetelná celková sešlost z podvýživy, třes, bolesti u srdce a bolesti kloubů, zvýšení šlachových a okosticových reflexů, široké nereagující zorničky, krvácení v plicích, játrech a ve slezině. (MÜLLEROVÁ, 2006)

## **4.2 STÁDIA PO UŽITÍ PERVITINU**

Stádii po užití pervitinu rozumíme následné fyzické a psychické stavy, které provází účinek drogy po celou dobu jejího působení až po konec účinku. (DUŠEK, VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, 2005)

**Nájezd** - je prvotní reakce, kterou uživatel cítí poté, co vykouří, šňupe nebo injekčně aplikuje pervitin. Během nájezdu se výrazně zvýší srdeční tep a metabolismus, krevní tlak a puls uživatele. Na rozdíl od nájezdu spojeného s užíváním cracku, který trvá přibližně 2 až 5 minut, může pervitinový nájezd trvat až 30 minut. (DROGY, 2009)

**Úlet (vysmažení)** – Nájezd je následován úletem, kterému se taky někdy říká „výsmah“. Během úletu se uživatel často cítí agresivně a nanejvýš moudře a stává se velmi hádavým. Často skáče ostatním do řeči a dokončuje jimi započaté věty. Klam může vyústit do toho, že se uživatel velmi intenzivně soustředí na nepodstatný nebo nevýznamný předmět nebo činnost, například opakovaně po několik hodin čistí totéž okno. Úlet může trvat 4 až 16 hodin. (DROGY, 2009)

**Tah (delší mejdan, pařba)** – Tah je nekontrolované užívání drogy nebo alkoholu. Označuje nutkání uživatele udržet si stav intoxikace kouřením, šňupáním nebo píchnutím většího množství pervitinu. Tah může trvat 3 až 15 dní bez přerušování. Během tahu se uživatel stane jak duševně, tak fyzicky hyperaktivní. Pokaždé, co uživatel vykouří nebo aplikuje další a větší dávku drogy, zažívá další, ovšem menší nájezd, až nakonec necítí ani nájezd ani úlet. (DROGY, 2009)

Uživatel pervitinu je nejnebezpečnější ve chvíli, kdy zažívá fázi závislosti nazvanou **dojezd**, což je stav dosažený na konci „tahu“, kdy pervitin přestává uživateli způsobovat stav nájezdu nebo úletu a kýžený opojný efekt. Uživatel, který není schopen ulevit si od strašlivých pocitů prázdnoty a touhy po droze (absták), ztrácí smysl vlastní identity. Běžným příznakem je intenzivní svědění a uživatel může nabýt dojmu, že se mu pod kůži snaží zarýt brouci. Uživatel, který někdy není schopen usnout několik dní za sebou, je často v naprosto psychotickém stavu a existuje ve svém vlastním světě. Vidí a slyší věci, které nemůže vnímat nikdo jiný. Jeho halucinace jsou natolik živé, že působí reálně. Takto odtržen od reality může být uživatel velmi nepřátelský vůči sobě a ostatním. Riziko sebezmrzačení je v této fázi velmi vysoké. (DROGY, 2009)

Uživatel, který drogu aplikuje na tzv. tahu, zažívá **zhroucení**, když jeho tělo selže, protože nadále nedokáže odolávat účinkům drogy, která na něj působí, a končí extrémně dlouhým spánkem. Dokonce i ti nejvíce násilničtí uživatelé jsou během fáze zhroucení téměř bez života a pro nikoho nepředstavují ohrožení. Zhroucení může trvat 1–3 dny. (DROGY, 2009)

Po fázi zhroucení se uživatel probouzí ve zcela zničeném stavu, vyhladovělý, dehydrovaný a fyzicky, duševně i emocionálně naprosto vyčerpán. Toto stádium se označuje jako **pervitinové vyčerpání a psychóza**. Obvykle trvá od 2 do 14 dní. To vede k silnější závislosti, protože „řešením“ těchto nepříjemných pocitů je další a větší dávka. (DROGY, 2009)

Od poslední dávky často uplyne 30 až 90 dní, než si uživatel uvědomí, že se u něj projevují **abstinenční příznaky**. Nejprve je deprimován, postrádá energii a schopnost zažívat slast. Poté se dostaví touha po další dávce pervitinu a u uživatele se mohou projevit sebevražedné sklony. Protože abstinence na pervitinu je nanejvýš bolestivá a obtížně se snáší, většina uživatelů se k droze opět vrátí. Právě proto se až 93 % lidí léčených tradičními metodami vrátí ke svému návyku. (PETR, MARKOVÁ a kol., 2014)

## 5 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U DROGOVĚ ZÁVISLÉHO PACIENTA

<b>Místo odborné praxe</b>	Psychiatrická léčebna PATEB s.r.o. Jemnice		
<b>Jméno a příjmení studenta</b>	Kateřina Václavková	<b>Ročník studia</b>	3. ročník
<b>Studijní obor</b>	Všeobecná sestra	<b>Akademický rok</b>	2014/2015
<b>Podpis studenta</b>		<b>Datum</b>	3. 9. 2014

<b>Jméno pacienta</b> X. Y.			
<b>Datum přijetí</b> 1. 9. 2014			
<b>Diagnóza při přijetí</b> Toxikománie			
<b>Pojištění</b>	Kód pojišťovny: 111	Nemá kartu pojištěnce -----	Samoplátce -----

<b>Způsob přijetí</b>	Překlad z jiného psychiatrického oddělení/pracoviště -----
-----------------------	--



Překlad ze somatického pracoviště -----			
Osobní vyhledání psychiatrické péče ano			
Plánovaný příjem -----			
Nařízená léčba -----			
<b>Příjem za asistence</b>	PČR -----	Zdravotnických záchranářů -----	Rodiny -----

<b>Hospitalizace</b>	Pořadí: 2.	Poslední hospitalizace od: 2. 8. 2012 do: 5. 8. 2012
	Dobrovolná ✓	Poznámky: -----
	Nedobrovolná -----	
	<b>Detenční řízení</b>	Zahájeno dne -----
Ukončeno dne -----		

<b>Poskytování informací</b>	ano ✓	komu: přítelkyně, rodiče
		heslo xxxxx
	ne -----	komu -----

## Psychiatrická oblast

<b>Celkový vzhled</b>	Celkový vzhled přiměřený, bez nápadnosti.
-----------------------	---

<b>Psychomotorické tempo</b>	přiměřené ✓	zpomalené -----	zrychlené -----
------------------------------	-------------	-----------------	-----------------

<b>Vědomí</b>	somnia -----		delirium -----	
	sopor -----		amence ✓	
<b>Orientace</b>	místem ✓	časem ✓	osobou ✓	situací -----

<b>Volní aktivita</b>	abulie -----	hypobulie -----	Hyperbulie -----
-----------------------	--------------	-----------------	------------------

<b>Řeč</b>	afázie -----	mutismus -----	Monotónní řeč -----
	jiné -----		

<b>Emotivita</b>	normoforie ----	jiné (např. afekt, apatie, fobie)
	anxieta -----	
	nadnesená nálada -----	
	depresivní nálada -----	

<b>Vnímání</b>	halucinace -----
	iluze -----

<b>Myšlení</b>	Tempo	bradypsychismus ✓	tachypsychismus ---- --
	Struktura	inkohorentní -----	ulpívavé -----
		paralogické ✓	nevýpravné -----
		obsedantní -----	jiné -----
	Bludy	expanzivní -----	
		depresivní -----	
		paranoidní -----	

<b>Soustředění</b>	U pacienta se vyskytují občasné poruchy plného soustředění
<b>Poruchy pozornosti</b>	U pacienta se vyskytují občasné poruchy pozornosti

<b>Intelekt</b>	mentální retardace -----	demence -----
-----------------	--------------------------	---------------

<b>Paměť</b>	poruchy výbavnosti -----
	amnézie -----
	paramnézie (např. konfabulace) ✓

<b>Jednání</b>	agitovanost -----	hypoagilnost -----	hyperagilnost ✓
	manýrování ✓	kompulzivní jednání -----	zárazy jednání -----
	katatonické poruchy -----	jiné -----	

<b>Poruchy pudů</b>	automutilace -----	TS -----	poruchy příjmu potravy -----
---------------------	--------------------	----------	------------------------------

<b>Abúzus</b>	tabák	alkohol	jiné návykové látky
	Pacient vykouří 20 cigaret/den. Pacient kouří od 14 let.	Pacient pije alkohol příležitostně. První zkušenost ve 13 letech.	Pacient 1-3x do týdne kouří marihuanu od 14 let. Zkušenost má také s MDMA, amfetaminy, LSD, lysohlávkami.

### **Spánek, odpočinek**

Nedostatek spánku z důvodu nykturie. Občasný odpočinek během dne.

### **Volnočasové aktivity**

Vycházky, údržbářské práce v areálu, čtení knih, kreslení, skládání básní, TV.

### **Náhled pacienta na nemoc, důvod hospitalizace (udávaný pacientem)**

„Potřeboval jsem zabrzdit. Pociťoval jsem to na svém zdraví. Byl jsem už fyzicky i psychicky vyčerpaný. Často jsem se hádal s rodiči i přítelkyní.“

### **Spolupráce**

Pacient spolupracuje s personálem i kolektivem. Pacient je předseda komunity.

**Psychiatrická medikace** -----

### Sociální oblast

**Stav**

Svobodný, 1 dítě

<b>Bydliště</b>	Pacient/ka žije	sám/sama -----	s rodinou/partnerem ✓	sám/sama pečuje o (děti, rodiče apod.)  střídavá péče o syna
		na ubytovně -----	nemá bydliště -----	jiné -----

<b>Zaměstnání</b>	studující -----	pracující ✓ elektrikář	OSVČ -----	evidence na úřadu práce/sociální dávky -----
-------------------	--------------------	---------------------------	---------------	--

<b>Pracovní neschopnost</b>	ano -----	ne ✓
-----------------------------	-----------	------

<b>Starobní důchod</b>	ano -----	ne ✓
<b>Invalidní důchod</b>	částečný -----	plný -----

<b>Omezení svéprávnosti</b>	ano -----	plně -----	ne ✓
		částečně -----	
		<b>Opatrovník</b> -----  jméno -----  kontakt -----	

### Poznámky

otec r. 1963, zdrav

matka r. 1965, léčí se se srdcem

bratr r. 1990, zdrav

syn r. 2008, zdrav

## Somatická oblast

<b>Aktuální onemocnění</b>	akutní	chronické
	Ureaplazmatická infekce	-----

**Alergie** kočičí srst, peří

TK 135/85 - norma

výška 175 cm

P 75' - norma

váha 80 kg

TT 36,8°C - norma

BMI 26,12 – nízká nadváha

D 17' - norma

Důležitá **anamnestická data** (prodělané nemoci, úrazy, operace, vrozené onemocnění,...)

Pacient prodělal ve 20 letech hepatitidu A.

### Somatická medikace

Ciplox 500mg tbl. p.o. 1-0-1 Antibiotika

Kalium iodatum sol. p.o. 1-0-1 Homeopatika

Pinosol nas sol. gtt. p.n. 10ml 1-0-1 Jiná nosní léčiva, kombinace

Septisan orm. pas. p.o. 5mg 1-1-1 Různá jiná krční antiseptika

Wartec cream drm. crm. 5mg/7,5mg 1-0-1 Podofylotoxin



<b>Dýchací systém</b>	Hrudník je bez deformit. Poklep plný a jasný. Dýchání čisté s frekvencí 19'/min. Pacient kouří 20 cigaret/den, nekašle.	
<b>Oběhový systém</b>	Srdeční akce pravidelná. Frekvence 76'/min. Ozvy jsou ohraničené. Bez šelestů. TK 140/85 mmHg. Bez cyanózy.	
<b>Zaživací systém</b>	Prohmatání břicha bez těžkosti. Poklep bubínkový. Palpačně nebolestivé.	dieta č. 3 - racionální příjem tekutin 2l/den

<b>Vylučovací systém</b>	Ledviny na poklep nebolestivé. Moč - normální barvy, bez příměsí, bez patologického zápachu. Stolice – střídání průjmu se zácpou. Normální barvy, bez příměsí, bez patologického zápachu.	inkontinence -----	
		moče -----	stolice -----
<b>Pohlavní systém</b>	Pacient má genitální bradavice z důvodu akutního onemocnění ureaplazmatickou infekcí. Ochlupení přiměřené věku.		
<b>Pohybový systém</b>	Pacient je při chůzi plně soběstačný, nevyžaduje žádné kompenzační pomůcky.		
<b>Kůže, kožní adnexa</b>	Pacient má viditelné a mírně bolestivé obě loketní jamky z důvodu injekční aplikace drog.		

<b>Nervový systém</b>	Pacient je při plném a jasném vědomí. Je orientován v místě, času, osobě a situaci. Komunikační schopnost je dobrá.
<b>Smyslové vnímání</b>	zrak: Pacient podstoupil ve 23 letech laserovou operaci obou očí. Nyní je plně bez dioptrií a bez kompenzačních pomůcek.
	sluch: bez odchylek
	hmat: bez odchylek
	čich: bez odchylek
	chuť: Pacient má zachovalou chuť. Pacient jí 5x/den, vždy sní celé porce.
<b>Bolest:</b> Pacient má mírně citlivé obě loketní jamky z důvodu injekční aplikace drog. Pacient nedostává žádná analgetika.	

**Poznámky:**

**Zdroj fyzikálního vyšetření:**

- dokumentace pacienta
- rozhovor s pacientem
- pozorování

## Spirituální oblast

### Náboženství, religiózní praktiky

Pacient je ateista. Žádné religiózní praktiky neudává.

### Situační analýza:

Pacient X.Y., muž ve věku 26 let, přijat dne 1. 9. 2014 po osobním vyhledání psychiatrické péče, k léčbě závislosti na pervitinu a depresivním stavům. Pacient experimentuje i s dalšími návykovými látkami jako je THC, MDMA, amfetaminy a dalšími psychotropními látkami. Pervitin, jakožto hlavní drogu, užívá od 18 let. Pacient byl už dříve hospitalizován pro toxikománii, a to v Psychiatrické léčebně Černovice v Brně. Pacient se nyní léčí i s akutním onemocněním, a to s ureaplazmatickou infekcí. Pacient spolupracuje jak se zdravotnickým personálem, tak s ostatními pacienty v zařízení. Pacient je k léčbě motivován především svým synem, ale i rodiči a přítelkyní, kteří pacienta pravidelně navštěvují.

Výsledek Beckovy stupnice hodnocení depresivních příznaků ze dne 3.9.2014 – norma. U pacienta nehrozí riziko vážnější deprese.

Výsledek Broset Violence Checklist stupnice – hodnocení rizika agrese ze dne 3.9.2014 – norma. U pacienta nehrozí agresivní chování.

Režimové opatření: Prvních 14 dní hospitalizace zákaz vycházek. Po 14 dnech volný režim bez omezení.

## **Soupis ošetrovatelských diagnóz (dle priorit)**

### **Aktuální ošetrovatelské diagnózy NANDA 2012 – 2014**

1. Akutní zmatenost (00128)
2. Průjem (00013)
3. Narušený vzorec spánku (00198)
4. Neefektivní udržování zdraví (00099)
5. Narušená integrita kůže (00046)

### **Potencionální ošetrovatelské diagnózy NANDA 2012 – 2014**

1. Riziko zácpy (00015)
2. Riziko sníženého objemu tekutin v organismu (00028)
3. Nedostatek spánku (00096)
4. Riziko osamělosti (00054)
5. Riziko narušení vztahu (00058)
6. Riziko sebepoškození (00138)

### **Ošetrovatelská diagnóza: Akutní zmatenost (00128)**

**Doména 5:** Percepce/kognice

**Třída 4:** Kognice

**Definice:** Náhlý začátek reverzibilních poruch vědomí, pozornosti, kognice a percepce, které se vyvinou za krátké časové období.

**Cíl:**

- krátkodobý: Pacient je plně orientován všemi kvalitami. – (do 7 dní)
- dlouhodobý: Pacient není rizikový pro sebe ani pro své okolí. – (do 3 týdnů)

**Priorita:** vysoká

### **Výsledná kritéria:**

- Pacient si jasně uvědomuje realitu, místo, čas a je orientován všemi kvalitami (osoba, čas, místo, příčinné souvislosti). – (do 12 hodin)
- Pacient je schopen udržet pozornost a zapojuje se do různých aktivit. – (do 2 dnů)
- Pacient má navozený pravidelný cyklus spánku a bdělosti. – (do 2 dnů)
- Pacient zahajuje změny životního stylu a chování zabraňující recidivě problému. – (od 1. dne)

### **Plán intervencí (posuzovací, prováděcí, vedoucí ke zdraví, dokumentace):**

1. Zhodnoťte rozsah poruchy orientace, schopnosti udržet pozornost, komunikovat s okolím a přiměřeně reagovat. - (1. den, všeobecná sestra)
2. Zjistěte příčiny stavu akutní zmatenosti od pacienta a jeho rodiny. - (do 2 dnů, všeobecná sestra)
3. Sledujte cyklus spánku a bdělosti, dobu spánku a kvalitu spánku. - (každý den, všeobecná sestra)
4. Všimněte si podrážděnosti, míry úzkosti, neklidu, dezorientace, apatie, lhostejnosti, halucinací v časových souvislostech. - (každý den, všeobecná sestra)
5. Zjistěte riziko poškození, které by mohl pacient způsobit sobě nebo jiné osobě. - (ihned, všeobecná sestra)
6. Zajistěte bezpečnost pacienta. – (ihned, všeobecná sestra)
7. Edukujte pacienta o nutnosti změn životního stylu a chování zabraňující recidivě. – (1. den a dále dle potřeby, všeobecná sestra)
8. Podávejte medikaci dle ordinace lékaře. – (všeobecná sestra)
9. Veškeré intervence a pozorování zaznamenávejte do dokumentace. – (průběžně, všeobecná sestra)

### **Realizace ze dne 3. 9. 2014:**

- 7:00 Pozorování pacienta jak komunikuje s ostatními pacienty a jeho reakci.
- 9:00 Všímáme si podrážděnosti a úzkosti pacienta.
- 11:00 Edukujeme pacienta o nutnosti změn životního stylu.
- 13:00 Od rodiny pacienta jsme zjišťovali příčinu stavu akutní zmatenosti.
- 16:00 Sepisujeme škálu hodnotící riziko agrese pacienta a tím zjišťujeme možné riziko poškození okolí nebo sobě samému.
- 21:00 Sledujeme cyklus spánku a bdělosti pacienta.

### **Hodnocení ke dni 5. 9. 2014:**

Cíl splněn částečně, pacient od 2. dne hospitalizace vykazuje snahu o spolupráci. Vzhledem k charakteru onemocnění pacienta je nutné pokračovat v intervencích 1, 3 – 9.

**Datum: 5. 9. 2014**

**Podpis: Václavková Kateřina**

**Ošetřovatelská diagnóza: Průjem (00013)**

**Doména 3:** Vylučování a výměna

**Třída 2:** Funkce gastrointestinálního systému

**Definice:** Průchod volné, neformované stolice

**Cíl:**

- krátkodobý: Pacient nemá nutkání na stolicí častěji než 2x denně. – (do 3 dnů)

**Priorita:** střední

### **Výsledná kritéria:**

- Pacient má formovanou stolicí. - (do 2 dnů)
- Pacient nemá více než dvě stolice denně. – (do 3 dnů)
- Pacient je hydratovaný. – (každý den)
- Pacient nemá bolesti břicha, nutkání na stolicí, podrážděnou perianální kůži a jiné nepříjemné pocity. – (do 3 dnů)

### **Plán intervencí (posuzovací, prováděcí, vedoucí ke zdraví, dokumentace):**

1. Zjistěte frekvenci, konzistenci, barvu, zápach a množství stolice. – ( do 24 hodin, všeobecná sestra)
2. Zjistěte přidružené projevy, zvýšená teplota, bolesti břicha, křeče, poruchy emočního stavu. – (do 24 hodin, všeobecná sestra)
3. Zkontrolujte stravovací návyky pacienta, dietu, stav výživy a dehydrataci. – (do 42 hodin, všeobecná sestra)
4. Zkontrolujte léky, které pacient užívá. – (1.den, všeobecná sestra)
5. Zajistěte dostatečný enterální příjem tekutin. – (každý den, všeobecná sestra)
6. Zajistěte, aby pacient dodržoval správnou hygienu kolem konečníku. – (každý den, všeobecná sestra)

### **Realizace ze dne 4. 9. 2014:**

7:00 Zjišťujeme konzistenci, barvu, zápach a množství ranní stolice.

8:00 Měříme pacientovu tělesnou teplotu a ptáme se na případné bolesti břicha

12:00 Kontrolujeme stravovací návyky pacienta.

19:00 Edukujeme pacienta o správné hygieně kolem konečníku.

## **Hodnocení ze dne 5. 9. 2014:**

Cíl splněn. Pacient je bez tělesné teploty a bez bolesti břicha. Stravovací návyky pacienta jsou dobré. Pacienta jsme seznámili se správnou hygienou po vyprázdnění.

**Datum: 5. 9. 2014**

**Podpis: Václavková Kateřina**

### **Ošetřovatelská diagnóza: Riziko zácpy (00015)**

**Doména 3:** Vylučování a výměna

**Třída 2:** Funkce gastrointestinálního systému

**Definice:** Riziko snížení normální frekvence defekace doprovázené obtížným nebo nekompletním odchodem stolice anebo odchodem nepřiměřené tvrdé, suché stolice.

#### **Cíl:**

- krátkodobý: Pacient se vyprazdňuje pravidelně. – (do 3 dnů)
- dlouhodobý: Pacient nemá žádné problémy s vyprazdňováním. – (do 3 týdnů)

**Priorita:** střední

#### **Výsledná kritéria:**

- Pacient chápe rizikové faktory a vhodná řešení individuální situace. – (do 2 dnů)
- Pacient se vyprazdňuje pravidelně, frekvence a konzistence je v mezích formy. – (do 3 týdnů)



### **Plán intervencí (posuzovací, prováděcí, vedoucí ke zdraví, dokumentace):**

1. Zhodnoťte vliv současného příjmu potravy a tekutin na funkci střev. – (do 42 hodin, všeobecná sestra, sanitární pracovník)
2. Věnujte pozornost barvě, zápachu, konzistenci, množství i častoti vyprazdňování stolice. – (dle potřeby, všeobecná sestra, sanitární pracovník)
3. Zjistěte všechny léky, které pacient užívá, jejich vedlejší účinky, které by mohly způsobit zácpu. – (do 12 hodin, všeobecná sestra)
4. Podávej běžná změkčovadla stolice, mírná stimulancia nebo prostředky zvětšující objem stolice. – (dle potřeby, všeobecná sestra)
5. Doporuč dostatek pohybu v rámci možností pacienta. – ( do 2 dnů, všeobecná sestra)

### **Realizace ze dne 4. 9. 2014:**

8:00 Hodnotíme příjem potravy a tekutin pacienta.

10:00 Zjišťujeme vedlejší účinky u léků, které pacient užívá.

15:00 Edukujeme pacienta o častém pohybu.

### **Hodnocení ze dne 9. 9. 2014:**

Krátkodobý cíl splněn. Dlouhodobý cíl částečně splněn. Pacienta jsme edukovali o častém pohybu. Zhodnotili jsme příjem potravy a tekutin. Riziko zácpy stále trvá.

**Datum: 9. 9. 2014**

**Podpis: Václavková Kateřina**

## **Ošetřovatelská diagnóza: Narušený vzorec spánku (00198)**

**Doména 4:** Aktivita/odpočinek

**Třída 1:** Spánek/odpočinek

**Definice:** Časově omezená narušení množství a kvality spánku vlivem vnějších faktorů.

### **Cíl:**

- krátkodobý: Pacient se odnaučil pít po 18 hodině večerní. – (do 5 dnů)
- dlouhodobý: Pacient nemá problémy s nykturií a má nerušený spánek.  
- (do 1 měsíce)

**Priorita:** střední

### **Výsledná kritéria:**

- Pacient chápe rizikové faktory způsobující poruchy spánku. – (do 24 hodin)
- Pacient chápe rovnováhu mezi aktivitou a odpočinkem v průběhu dne. – (do 24 hodin)
- Pacient se odnaučil pít po 18 hodině večerní. – (do 5 dnů)

### **Plán intervencí (posuzovací, prováděcí, vedoucí ke zdraví, dokumentace):**

1. Sledujte průměrnou délku spánku pacienta. – (každou noc, všeobecná sestra)
2. Zjistěte rizikové faktory způsobující poruchy spánku. – (do 24 hodin, všeobecná sestra)
3. Udržujte klidné a tiché prostředí, zavřete dveře a omezte množství rušivých podnětů z okolí. – (každou noc, všeobecná sestra)
4. Nerušte zbytečně spánek pacienta. – (každou noc, všeobecná sestra)
5. Informujte pacienta o rovnováze mezi aktivitou a odpočinkem v průběhu dne. – (do 24 hodin, všeobecná sestra)
6. Nepodávejte pacientovi tekutiny po 18 hodině, pokud je to možné. – (každý večer, všeobecná sestra, sanitární pracovník)
7. Umožněte pacientovi před spaním činnosti, na které je zvyklý. – (každý večer, všeobecná sestra)

### **Realizace ze dne 5. 9. 2014:**

8:00 Pacienta edukujeme o rozdíl denního odpočinku a denního spánku.

10:00 Pomáháme pacientovi vyhledat denní aktivity.

18:00 Kontrolujeme stav tekutin na nočním stolku a připomínáme pacientovi, že už nemá pít.

21:00 Udržujeme klidné a tiché prostředí kolem pacienta.

23:00 Sledujeme průměrnou délku spánku pacienta

### **Hodnocení ze dne 9. 9. 2014:**

Krátkodobý cíl splněn. Dlouhodobý cíl částečně splněn. Pacient pochopil rozdíl denního odpočinku a spánku. Pacient se odnaučil večer před spaním nepít. Vzhledem k charakteru problému pacienta, pacienta sledujeme i nadále.

**Datum: 9. 9. 2014**

**Podpis: Václavková Kateřina**

### **Ošetrovatelská diagnóza: Neefektivní udržování zdraví (00099)**

**Doména 1:** Podpora zdraví

**Třída 2:** Management zdraví

**Definice:** Neschopnost identifikovat, zvládat anebo vyhledat pomoc k udržení zdraví.

### **Cíl:**

- krátkodobý: Pacient si uvědomuje, co je pro jeho zdraví dobré a aktivně se zajímá. – (do 7 dnů)
- dlouhodobý: Pacient má po léčbě jisté zázemí.

**Priorita:** střední

**Výsledná kritéria:**

- Pacient si uvědomuje, co je potřebné pro zachování zdraví. – (do 7 dnů)
- Pacient chápe, které faktory přispívají k jeho současné situaci. – (do 14 dnů)
- Pacient usiluje o své zdraví, aktivně se zajímá o informace. – (do 10 dnů)
- Pacient efektivně reaguje v zátěžových situacích, eliminuje návykové látky. – (do 14 dnů)
- Pacient sdílí zájem a pomoc rodiny v podpoře zdraví. – (do 7 dnů)

**Plán intervencí (posuzovací, prováděcí, vedoucí ke zdraví, dokumentace):**

1. Určete úroveň závislosti nebo postižení pacienta. – (do 24 hodin, všeobecná sestra)
2. Posuďte změny v komunikaci. – (do 72 hodin, všeobecná sestra)
3. Zaznamenejte snahu pacienta v péči o zdraví a jeho dovednosti. – (do 72 hodin, všeobecná sestra)
4. Zhodnoťte sociální situaci pacienta, aktuální změny, finanční možnosti. – (do 5 dnů, všeobecná sestra)
5. Vedte pacienta k dodržování správných návyků. – (po celou dobu hospitalizace, všeobecná sestra)
6. Průběžně motivujte pacienta a zdůrazňuj pokroky a úspěch. – (každý den, všeobecná sestra)

**Realizace ze dne 5. 9. 2014:**

8:00 Na komunitě zjišťujeme úroveň závislosti pacienta.

8:10 Posuzujeme změny v komunikaci pacienta.

13:00 Zjišťujeme sociální situaci pacienta a jeho finanční možnosti.

19:00 Před spaním motivujeme pacienta a zdůrazňujeme mu jeho úspěšné kroky v léčení.

**Hodnocení ze dne 8. 9. 2014:**

Cíl částečně splněn. Pacient si uvědomil, co je pro něj důležité. Zatím nemůžeme posoudit, zda po hospitalizaci bude mít pacient jisté zázemí.

**Datum: 8. 9. 2014****Podpis: Václavková Kateřina****Ošetrovatelská diagnóza: Narušená integrita kůže (00046)****Doména 11:** Bezpečnost/ochrana**Třída 2:** Fyzické poškození**Definice:** Změna v epidermis anebo dermis**Cíl:**

- krátkodobý: Pacient má dostatečně vyživenou kůži. – (do 1 týdne)
- dlouhodobý: Pacient nepociťuje žádné bolesti. – (do 1 měsíce)

**Priorita:** střední**Výsledná kritéria:**

- Pacient má neporušenou, dostatečně prokrvenou, vyživenou a hydratovanou kůži. – (do 1 týdne)
- Pacient nepociťuje bolest nebo je bolest na hranici únosnosti. – (do 2 týdnů)

### **Plán intervencí (posuzovací, prováděcí, vedoucí ke zdraví, dokumentace):**

1. Popište kožní lézi (velikost, tvar, hloubka, bolest, okolí rány, sekrece, zápach, přítomnost infekce). – (do 2 dnů, všeobecná sestra)
2. Zhodnoťte stav výživy kůže. – (do 12 hodin, všeobecná sestra)
3. Posuďte do jaké míry postihují kožní projevy psychiku pacienta, společenské uplatnění nebo pracovní zařazení. – (do 3 dnů, všeobecná sestra)
4. Kontrolujte kůži pacienta hlavně v postižených místech. – (každý den, všeobecná sestra)
5. Sledujte proces hojení ran. – (každý den, všeobecná sestra)

### **Realizace ze dne 4. 9. 2014:**

7:00 U ranní hygieny sledujeme porušenou integritu kůže v loketních jamkách.

10:00 Zjišťujeme do jaké míry postihují kožní projevy psychiku pacienta.

19:00 Sledujeme proces hojení ran.

### **Hodnocení ze dne 8 .9. 2014:**

Cíl částečně splněn. Zhodnocen stav kůže a její léze. Avšak mírná bolest zatím přetrvává.

**Datum: 8 .9. 2014**

**Podpis: Václavková Kateřina**

## Beckova stupnice hodnocení depresivních příznaků ze dne 3.9.2014

### 01. Nálada

- 0 – nemám smutnou náladu
- 1 – cítím se poněkud posmutnělý, sklíčený ✓
- 2 – jsem stále smutný nebo sklíčený a nemohu se z toho dostat
- 3 – jsem tak smutný nebo nešťastný, že to nemohu už snést

### 02. Pesimismus

- 0 – do budoucnosti nepohlížím nijak pesimisticky nebo beznadějně ✓
- 1 – poněkud se obávám budoucnosti
- 2 – vidím, že se už nemám na co těšit
- 3 – vidím, že budoucnost je zcela beznadějná a nemůže se zlepšit

### 03. Pocit neúspěchu

- 0 – nemám pocit nějakého životního neúspěchu ✓
- 1 – mám pocit, že jsem měl v životě více smůly a neúspěchu než obvykle lidé mívají
- 2 – podívám-li se zpět na svůj život, vidím, že je to jen řada neúspěchů
- 3 – vidím, že jsem jako člověk (otec, manžel apod.) v životě zcela zklamal

### 04. Neuspokojení z činnosti

- 0 – nejsem nijak zvlášť nespokojený ✓
- 1 – nemám z věcí takové potěšení, jako jsem mívával
- 2 – už mne netěší skoro vůbec nic
- 3 – ať dělám cokoli, nevzbudí to ve mně sebemenší potěšení

## 05. Vina

- 0 – necítím se nijak provinile
- 1 – občas cítím, že jsem méněcenný, horší než ostatní
- 2 – mám trvalý pocit viny ✓
- 3 – ovládá mne pocit, že jsem zcela bezcenný, zlý provinilý člověk

## 06. Nenávisť k sobě samému

- 0 – necítím se zklamán sám sebou ✓
- 1 – zklamal jsem se sám v sobě
- 2 – jsem dost znechucen sám sebou
- 3 – nenávidím se

## 07. Myšlenky na sebevraždu

- 0 – vůbec mi nenapadne na mysl, že bych si měl něco udělat ✓
- 1 – mám někdy pocit, že by bylo lépe nežít
- 2 – často přemýšlím jak spáchat sebevraždu
- 3 – kdybych měl příležitost, tak bych si vzal život

## 08. Sociální izolace

- 0 – neztratil jsem zájem o lidi a okolí ✓
- 1 – mám poněkud menší zájem o společnost lidí než dříve
- 2 – ztratil jsem většinu zájmu o lidi a jsou mi lhostejní
- 3 – ztratil jsem veškerý zájem o lidi a nechci s nikým nic mít

## 09. Nerozhodnost

- 0 – dokážu se rozhodnout v běžných situacích ✓
- 1 – někdy mám sklon odkládat svá rozhodnutí
- 2 – rozhodování v běžných věcech mi dělá obtíže



3 – vůbec v ničem se nedokážu rozhodnout

## 10. Vlastní vzhled

0 – vypadám stejně jako dříve ✓

1 – mám starosti, že vyhlížím staře nebo neatraktivně

2 – mám pocit, že se můj zevnějšek trvale zhoršil, takže vypadám dosti nepěkně

3 – mám pocit, že vypadám hnusně až odpudivě

## 11. Potíže při práci

0 – práce mi jde od ruky jako dříve ✓

1 – musím se nutit, když chci něco dělat

2 – dá mi velké přemáhání, abych cokoliv udělal

3 – nejsem schopen jakékoliv práce

## 12. Únava

0 – necítím se více unaven než obvykle ✓

1 – unavím se snáze než dříve

2 – všechno mne unavuje

3 – únava mne zabraňuje cokoli udělat

## 13. Nechutenství

0 – mám svou obvyklou chuť k jídlu ✓

1 – nemám takovou chuť k jídlu, jak jsem míval

2 – mnohem hůře mi teď chutná jíst

3 – zcela jsem ztratil chuť k jídlu

## Hodnocení

Norma: do 8 až 9 bodů

**Výsledek hodnocení: 3 body**

Lehká až střední deprese: 9 až 24 bodů

Těžká deprese: 25 bodů a více

## Broset Violence Checklist – hodnocení rizika agrese ze dne 3.9.2014

Tab 2 Broset Violence Checklist – hodnocení rizika agrese

Kritérium	Body
Zmatenost	1✓
Podrážděnost	1
Výbušnost	1
Slovní vyhrožování	1
Agrese vůči věcem	1

## Hodnocení

Při přítomnosti dvou a více rizikových faktorů je vysoké riziko agresivního chování v následujících 24 hodinách.

## NGASR (Nurses Global Assessment of Suicide Risk) – hodnocení rizika TS ze dne 3.9.2014

Tab 3 NGASR (Nurses Global Assessment of Suicide Risk) – hodnocení rizika TS

Kritérium	Body
Beznaděj	3
Deprese a ztráta zájmu a potěšení	3
Plán spáchat sebevraždu	3
Aktuální ztráta blízkého nebo rozpad vztahu	3
Sebevražedný pokus v anamnéze	3
Přítomnost stresových událostí	1 ✓
Perzekuční hlasy (kritizující, nadávající, příkazující apod.) a přesvědčení (pronásledování, ohrožování, ovlivňování na dálku)	1
Vážné duševní problémy nebo sebevražda v rodinné anamnéze	1
Varovné známky sebevražedného záměru	1
Psychóza v anamnéze	1 ✓
Ztráta manželky/manžela nebo životního partnera	1
Známky sociálního stažení	1

Socioekonomické strádání v anamnéze	1
Užívání alkoholu nebo jiných toxických látek v anamnéze	1 ✓
Přítomnost terminálního onemocnění	1

### Hodnocení

Nízké riziko: 5 a méně bodů

Střední riziko: 6 – 11 bodů

Vysoké riziko: 12 a více bodů

**Výsledek hodnocení: 3 body**

## DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Měla jsem možnost nahlédnout do ošetrovatelského procesu drogově závislého pacienta na metamfetaminu, který kombinoval s dalšími drogami (marihuana, amfetaminy, LSD, MDMA, lysohlávky).

Z mého, v tu chvíli téměř lajckého pohledu, to byla velice komplikovaná práce. Pacient, který se léčí z drogové závislosti, má především psychické obtíže, které v některých případech provází i velké fyzické obtíže. Většina těchto pacientů je ve velice zanedbaném zdravotním stavu a o jejich psychickém rozpoložení ani nemluvě. Nejběžnější jsou všechny typy hepatitid, narušená kožní integrita, zdevastované vnitřní orgány a vážně narušená psychika. Z tohoto důvodu je nutné vědět, jak s takovými pacienty zacházet a jednat, jelikož ne vždy jsou v léčebných zařízeních dobrovolně.

Doporučení pro všeobecné sestry:

- Důkladně se seznámit s pacientovým fyzickým a duševním stavem
- Zjistit, jaká je jeho motivace, nebo důvod, proč se k nástupu léčby odhodlal
- Seznámit pacienta s prostředím a s běžnými denními postupy, se kterými se bude během následující léčby setkávat
- Začlenit pacienta do uzavřené komunity pacientů, se kterými bude po celou dobu své léčby
- Připravit individuální léčebný plán pro každého jednotlivce
- Za každé situace být obezřetná, jelikož práce s drogově závislými je velice nebezpečná ve chvíli, kdy se u nich projevují abstinenční příznaky

Doporučení pro pacienta:

- Během prvních dní hospitalizace v léčebném zařízení se naprosto odříznout od vnějšího světa
- Soustředit se na léčbu fyzických obtíží a na vyrovnání se se svou vlastní osobností
- Stanovit si cíle, proč vlastně léčbu podstupuje

- Naučit se žít s myšlenkou, že nebude po skončení hospitalizace dále užívat návykové látky
- Pokusit se o plánování své budoucnosti po skončení hospitalizace (soukromý život)
- V průběhu léčby postupně opět navázat kontakt se svými nejbližšími
- Snažit se věřit v kladný výsledek léčby
- Uvědomit si, co pacienta dovedlo až k hospitalizaci v léčebném zařízení a v budoucnu se takovému jednání pokusit zamezit
- Po skončení hospitalizace se nestýkat s lidmi ze své minulosti

Doporučení pro rodinu a blízké pacienta:

- Od samého začátku se snažit pacienta podporovat
- Zhodnotit situaci a pokusit se začít znovu
- Pravidelně pacienta navštěvovat ihned jak to půjde a informovat ho o dění v jeho okolí
- Připravit pro pacienta něco, co ho bude motivovat
- Po skončení léčby se pokusit pomoci pacientovi se začlenit do normálního, běžného života.

## ZÁVĚR

Léčba drogově závislého pacienta je velice náročný a dlouhodobý proces, který vyžaduje maximální spolupráci a odhodlání ze strany pacienta. Podstatná je droga a druh závislosti, ze které se pacient léčí. Každá závislost a každý druh drogy vyžadují jiný léčebný postup. Velkou roli také hraje způsob užívání drogy a doba, po kterou pacient danou drogu užívá. Z tohoto důvodu je nutné pro každého pacienta nastavit léčbu jako individuální, která se odvíjí právě od těchto faktů.

Velkou roli hraje personál, který je ve styku s pacientem po celou dobu jeho léčby a také podpora jeho blízkého okolí. Je nutné aby personál byl maximálně proškolen a měl i určitou dávku sociálního citění, jelikož léčebný proces u drogově závislých pacientů je náročný jak fyzicky, tak klade vysoké nároky na psychickou odolnost personálu podílejícího se na léčbě. Také je nutné, aby kolektiv na pracovišti fungoval bez jakýchkoliv personálních rozbrojů a to z důvodu nastolení přátelské, až rodinné atmosféry v léčebném zařízení. Jen tak je možné pacienty odpoutat od jejich stereotypního drogového života, který ve velké míře vznikl právě z důvodu nepohody v osobním životě a zázemí.

Každý léčebný postup musí být vypracován s maximální odborností a s ohledem na pacientův současný zdravotní stav, psychické rozpoložení a také je nutné vzít v úvahu fakt, z jakého důvodu se pacient v minulosti uchýlil k útěku před realitou v podobě užívání drog. S těmito fakty by měli být obeznámeni všichni ošetřující zaměstnanci, aby mohli s pacientem navázat správný pracovní vztah, který je založen na naprosté důvěře. Samozřejmě největší podíl na úspěchu léčby má sám pacient a jeho blízcí, kteří jej musí podporovat zvenčí a následně vytváří budoucí atmosféru tak, aby neměl pacient sebemenší důvod přemýšlet o návratu do starých kolejí.

Cílem práce bylo poukázat na skutečný problém, jakým drogová závislost v dnešní době je. Po rozhovoru s pacientem X.Y. a po obdržení jeho lékařské zprávy byl vypracován ošetřovatelský proces podle dokumentace z psychiatrického

oddělení. Následné ošetřovatelské diagnózy byly vypracovány na základě NANDA 2012 -2014.

**Motto:** „Znám pouze dvě skutečná životní neštěstí - výčitky svědomí a nemoc.“ (L.N. Tolstoj)



## SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

DOBIÁŠ, Viliam, 2007. *Urgentná zdravotná starostlivosť* - učebnica pre fakulty ošetrovateľstva, Osveta. 160 stran. ISBN-10: 80-8063-214-6

DUŠEK, Karel, Alena VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, 2005. *První pomoc v psychiatrii*. Praha: Grada. ISBN 80-247-0197-9.

EMMEROVÁ, Ingrid, 2008. *Rodina – bariéra aj impulz drogovej závislosti*. In Rodina a škola. Číslo 4. Bratislava : Parentes. s. 8-9. ISSN 0251-6463

KACHLÍK, Petr, 2004. *Zneužívání návykových látek, primární prevence závislosti* [on-line]. 1.vyd. Brno: Pedagogická fakulta MU,.. [cit. 2011-08-04].

KALINA, Kamil, 2008. *Základy klinické adiktologie*. Praha 7: Grada publishing a.s., ISBN 978-80-247-1411-0.

KOCINOVÁ, Svatava, 2007. *Přehled nejužívanějších léčiv*. Vydání č. 5. Praha Informatorium. ISBN 978-80-7333-059-0.

KREJSOVÁ, Marie, 2005. *Přehled nejužívanějších lékařských pojmů*. Praha: Informatorium. ISBN 80-7333-037-7.

NANDA International, 2012-2014. *Ošetrovateľské diagnózy*. Grada. ISBN 978-80-247-3428-8.

NECHANSKÁ, Blanka a kol., 2011. *Uživatelé alkoholu a jiných drog ve zdravotnické statistice od roku 1959*. Praha: Úřad vlády České republiky. ISBN 978-80-7440-048-3.

NEŠPOR, Karel, 2007. *Návykové chování a závislost*. Praha: Portál, 176 s. ISBN 978-80-7367-267-6

PETR, Tomáš, Eva MARKOVÁ a kol., 2014. *Ošetřovatelství v psychiatrii*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4236-6.

RABOCH, Jiří, Pavel PAVLOVSKÝ a kol., 2012. *Psychiatrie*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-1985-9.

RŮŽIČKA, Michal. a kol. 2012. „*Dokážu to?*“ *Pervitin - koncepce školení pro terapeuty*. 1 vyd. Olomouc: P-centrum, 75 s. ISBN 978-80-905377-0-5

RŮŽIČKA, Michal, a kol. 2012. *Krátký intervenční program pro uživatele pervitinu a Terapeuticko-intervenční program pro uživatele pervitinu*. 1. vyd. Olomouc: P-centrum, 127 s. ISBN 978-80-260-2149-0

STANČIAK, Jaroslav, 2008. *Kontrola alkoholu a preventívne prístupy*. In: *Základy kontroly tabaku a alkoholu*. Úrad verejného zdravotníctva SR, s. 57-61, ISBN 978-80-7159-168-9

VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o.p.s., 2013. *Ošetřovatelská dokumentace – obecný ošetřovatelský proces* [online].[cit.2014-15-1].Dostupné z:<http://vszdrav.cz/>

[www.policie.cz](http://www.policie.cz), [online], dostupné z: [www.policie.cz/soubor/historie-drog-pdf.aspx](http://www.policie.cz/soubor/historie-drog-pdf.aspx)

[www.k-centrum.cz](http://www.k-centrum.cz), [online], dostupné z: <http://www.k-centrum.czweb.org/>

www.wikiskripta.eu, [online], dostupné z:

[http://www.wikiskripta.eu/index.php/Ab%C3%BAzus\\_n%C3%A1vykov%C3%BDch\\_l%C3%A1tek](http://www.wikiskripta.eu/index.php/Ab%C3%BAzus_n%C3%A1vykov%C3%BDch_l%C3%A1tek)

www.wikipedia.org, [online], dostupné z:

[http://cs.wikipedia.org/wiki/Drogov%C3%A1\\_z%C3%A1vislost#Historie](http://cs.wikipedia.org/wiki/Drogov%C3%A1_z%C3%A1vislost#Historie)

www.rect.muni.cz, [online], dostupné z:

<http://www.rect.muni.cz/drogy/POKUS/casti/slovník.htm>

## **Přílohy**

Příloha A – Rešerše

## **Příloha A – Rešerše**

### **OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U DROGOVĚ ZÁVISLÉHO PACIENTA**

Kateřina Václavková

Jazykové vymezení: čeština, angličtina

Klíčová slova: abstinenční syndrom – withdrawal syndrome, droga – drug,  
pervitin – methamphetamine, psychiatrický ošetrovatelský proces -  
psychiatric nursing process, závislost – addiction

Časové vymezení: 2004 – 2014

Druhy dokumentů: monografie/knihy, články, článek ve sborníku, kapitola

Počet záznamů: 82 (monografie/knihy: 28, články: 48, článek ve sborníku: 4,  
kapitola: 2)

Použitý citační styl: Harvardský, ČSN ISO 690-2:2011 (česká verze mezinárodních  
norem pro tvorbu citací tradičních a elektronických dokumentů)

Základní prameny: - katalog Národní lékařské knihovny ([www.medvik.cz](http://www.medvik.cz))

- Bibliographia medica Czechoslovaca