

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

**EDUKAČNÍ PROCES U PACIENTŮ UŽÍVAJÍCÍCH  
BENZODIAZEPINY**

**BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

**SÁRA JÁNSKÁ, DiS.**

Praha 2017

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

**EDUKAČNÍ PROCES U PACIENTŮ UŽÍVAJÍCÍCH  
BENZODIAZEPINY**

Bakalářská práce

SÁRA JÁNSKÁ, DiS.

Stupeň vzdělání: Bakalář

Název studijního oboru: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: MUDr. Jitka Vávrová

Praha 2017



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

**Jánská Sára**  
**3. C VS**

**Schválení tématu bakalářské práce**

Na základě Vaší žádosti ze dne 1. 11. 2016 Vám oznamuji  
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Edukační proces u pacientů užívajících benzodiazepiny

*Educational Process in Patients Using Benzodiazepines*

Vedoucí bakalářské práce: MUDr. Jitka Vávrová

V Praze dne: 1. 11. 2016

  
doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.  
rektorka

## PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně, že jsem řádně citovala všechny použité prameny a literaturu a že tato práce nebyla využita k získání stejného nebo jiného titulu.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze 19. 03. 2017

## PODĚKOVÁNÍ

Touto cestou bych chtěla poděkovat vedoucí práce MUDr. Jitce Vávrové za její vstřícný a trpělivý přístup a cenné rady, které mi poskytla. . Dále bych ráda poděkovala všem zaměstnancům Nemocnice Milosrdných sester sv. Karla Boromejského v Praze, kteří mě při tvorbě bakalářské práce podporovali.

## ABSTRAKT

JÁNSKÁ, Sára, DiS. *Edukační proces u pacientů užívajících benzodiazepiny.*

Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: MUDr. Jitka Vávrová. Praha. 2017. 43 s.

Téma této bakalářské práce je: „Edukační proces u pacientů užívajících benzodiazepiny“. Cílem práce je pomocí edukačního procesu edukovat zdravotnický personál a pacienty o užívání benzodiazepinů. Práce je rozdělená na teoretickou a praktickou část. Teoretická část zahrnuje charakteristiku benzodiazepinů, zmiňuje jejich nejčastější důvody indikace, popisuje mechanismus účinku, vedlejší účinky a prevenci vzniku závislosti. Podrobněji se zabývá specifiky užívání u geriatrických pacientů. Stručně zmiňuje vývoj a historii užívání. Dále pojednává o edukaci a její roli v ošetrovatelství. Praktická část se zabývá vytvořením edukačního plánu a následné realizaci u pacienta, který benzodiazepiny užívá. Edukační proces obsahoval 3 edukační jednotky a za cíl si kladl zvýšit informovanost pacientky o problematice užívání benzodiazepinů. Cíle byly úspěšně splněny. Pacientka se naučila jak správně benzodiazepiny užívat, zná rizika spojená s užíváním, umí rozpoznat příznaky rozvíjející se závislosti a prakticky zvládá relaxační techniky, které předcházejí stavům akutního stresu.

Klíčová slova: Edukace. Edukační proces. Benzodiazepiny. Závislost.

## **ABSTRACT**

JÁNSKÁ, Sára, DiS. Educational Process in Patients Using Benzodiazepines.  
Medical College. Degree: Bachelor (Bc.). Supervisor: MUDr. Jitka Vávrová. Prague.  
2017. 43 pages.

The topic of this thesis is: "The Educational Process of Patients Using Benzodiazepines." It will act as guide to Medical professionals and patients in the use of Benzodiazepines through the educational process. The thesis is divided into two parts, theoretical and practical part. The theoretical part describes the pharmacological properties of benzodiazepines such as the most common reasons for use, the mechanism of action, and the side effects and the prevention of addiction. To be more specific, in particular where geriatric patients are concerned. The theoretical also covers the development and history of use briefly. It highlights the importance of education and its role in nursing. The practical part of the education process deals with creating an educational plan and its subsequent implementation. The Educational process contains 3 components that aim to educate patients about the use of benzodiazepines. Patients learn how to properly use benzodiazepines, know the risks associated with use, and can recognize the symptoms addiction and how to improve relaxation to ease the stress level.

Keywords: Education. Educational process. Benzodiazepines. Abuse.

# PŘEDMLUVA

Život v současné moderní společnosti nabízí mnoho možností. Díky materiálnímu přebytku, ve kterém žijeme, již není smyslem našeho života prosté přežití. Velký důraz se klade na úspěch, bezstarostnost a zajištěnost. Jak obstát ve společnosti, která nás neustále pomocí médií masíruje nereálným obrazem moderního člověka? Ten musí být naprosto perfektní: úspěšný, mladý, atraktivní, zdravý a s všestrannými zájmy. Touha po připodobnění se tomuto nereálnému profilu ideálního člověka nás nutí k aktivitě, výkonnosti a produktivitě, která je dlouhodobě nezvladatelná. Požadavky, které po nás přežití v „džungli“ dnešní společnosti vyžaduje, jsou tvrdé a pro normálního smrtelníka nesplnitelné. Neustálý tlak dostat tomuto ideálu je stresující. Pokus uspět v tomto nekončícím boji je předem odsouzen k nezdaru. To pochopitelně po čase vyvolá frustraci a stres, který dlouhodobě neřešený může vyústit až ve vznik depresí nebo jiných psychiatrických onemocnění. Ačkoliv jsou dnes duševně nemocní lidé společností podstatně méně stigmatizováni, než tomu bylo v minulosti, jsou tato onemocnění stále tabuizována. Psychiatričtí pacienti se často za své problémy stydí a nepřiznávají se k nim. Tyto stavy však potřebují odbornou pomoc. Ta se ve většině případů omezuje na uklidňující léčbu farmakologickou, která však s sebou nese vážná rizika.

Z osobní zkušenosti se domnívám, že právě pocit nespokojenosti a nedocnění hodnoty vlastního života vede k útěku před skutečným prožíváním reality a následnému užívání návykových látek. Podobný účinek mají i medicínsky jinak velmi přínosná léčiva. Mezi ně se řadí například právě benzodiazepiny, jejichž problematiku jsem si vybrala jako téma své bakalářské práce.



# OBSAH

SEZNAM TABULEK

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

ÚVOD .....	12
1 BENZODIAZEPINY .....	15
1.1 DĚLENÍ PODLE ÚČINKU .....	15
1.2 DĚLENÍ PODLE DÉLKY PŮSOBENÍ .....	16
1.3 VÝVOJ .....	17
1.4 MECHANIZMUS ÚČINKU .....	17
1.5 INTOXIKACE .....	18
1.6 RIZIKA UŽÍVÁNÍ .....	19
1.6.1 ROZVOJ ZÁVISLOSTI .....	19
1.6.2 ODVYKACÍ SYNDROM .....	20
1.6.3 DEPRESE .....	20
1.6.4 PORUCHY KOGNITIVNÍCH FUNKCÍ .....	20
1.7 PREVENCE VZNIKU ZÁVISLOSTI .....	21
1.8 ZNEUŽÍVÁNÍ .....	21
1.9 UŽÍVÁNÍ BZD U PEDIATRICKÝCH PACIENTŮ .....	22
1.10 UŽÍVÁNÍ BZD U GERIATRICKÝCH PACIENTŮ .....	22
2 EDUKACE .....	24
2.1 EDUKAČNÍ PROCES .....	25
2.2 EDUKACE PSYCHIATRICKÉHO PACIENTA .....	26
2.3 EDUKACE RODINY PACIENTA .....	27
3 EDUKAČNÍ PROCES .....	28
1. FÁZE - POSOUZENÍ .....	29
2. FÁZE DIAGNOSTIKA .....	37
3. FÁZE PLÁNOVÁNÍ .....	40
4. FÁZE – REALIZACE .....	42
5. FÁZE – VYHODNOCENÍ .....	49
4 DOPORUČENÍ PRO PRAXI .....	51

ZÁVĚR .....	54
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY .....	55
SEZNAM PŘÍLOH.....	58

## SEZNAM TABULEK

Tabulka 1	Dělení BZD podle délky jejich účinku .....	str
Tabulka 2	Farmaceutická anamnéza pacientky.....	str

## SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

ACE-R	Addenbrookský kognitivní test – diagnostikuje syndrom demence
BMI	body-mass index
BZD	benzodiazepiny
CNS	centrální nervový systém
Collyr.	kolyrium – oční voda
D	dech
DM	diabetes mellitus
GEU	graviditas extrauterina
HYE	hysterektomie
CHCE	cholecystektomie
ICHS	ischemická choroba srdeční
IU	mezinárodní jednotka (International Unit)
MKN – 10	Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů, desátá revize
mmHg	milimetr rtuťového sloupce
MMSE	Mini Mental State Exam – krátký test kognitivních funkcí
MOCA	MoCA Montreal – Montrealský kognitivní test
P	pulz
TK	krevní tlak
TT	tělesná teplota
UPT	umělé přerušování těhotenství

## SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

ADL	Activity daily living, Barthelův test základních všedních činností
Afinita	receptor, schopnost slučovat se chemicky s jinými látkami
Anestézie	umělé usnutí pacienta nebo znečitlivění
Antidotum	protijed, látka s opačným účinkem k jiné látce
Anxiolitika	léky odstraňující úzkost
Beckův inventář úzkosti	posuzovací škála deprese a úzkosti
Biologický poločas	čas, kdy látka v organismu ztrácí svou koncentraci a aktivitu
Depresogenní	napomáhající vyvolat depresi
Euforie	emoční stav, subjektivní pocit velké radosti
Exaltace	citové vzrušení
Farmaka	Léčiva
Hypnotika	léky navozující ospalost a spánek
Hypotenze	nízký tlak krve v cévách
Hypotermie	tělesná teplota nižší je teplota fyziologická
Hypotonie	snížené svalové napětí
Intoxikace	otrava organismu
Kognitivní funkce	poznávací funkce
Parenterální	Mimostřevní
Polypragmasie	nadměrné podávání léčiv
Preskripce	předepsání léků
Psychofarmaka	farmaka k léčbě psychiatrických onemocnění
Sedativa	léky potlačující vliv CNS
Suicidiální	Sebevražedná
Toxická látka	Jed
Trasmembránový	prostupující skrz membránu
Zungova škála deprese	sebeposuzovací stupnice deprese

(VOKURKA, HUGO, 2007)

## ÚVOD

Návykové chování a závislosti jsou jevy, se kterými se denně setkáváme. Některé ze závislostí nejsou na první pohled zcela nápadné. Zdají se být nevinné právě proto, že nám jejich výskyt ve společnosti připadá běžný. Obzvláště tehdy, jsou-li tyto látky známé a primárně využívané pro svůj vynikající terapeutický účinek v medicíně.

V dnešní době je užívání léků všední záležitostí. Pomocí farmak jsme zvyklí řešit většinu zdravotních problémů. Léky jsou spolehlivé, běžně dostupné, pokyny k užívání nejsou složité. Užívání léků vede poměrně komfortní cestou k znovunavrácení zdraví nebo potlačení symptomů nemocí. Spokojení jsou pacienti i lékaři. Pro toto pohodlí jsou však mnohdy přehlíženy a bagatelizovány vedlejší účinky, které s sebou užívání téměř každého léku přináší. Léky se stávají nebezpečnými, pokud nejsou předepisovány uvážlivě a užívány svědomitě.

Benzodiazepiny jsou spolu s antidepresivy nejfrekventovaněji užívaná psychofarmaka. Nejsou nijak preskripčně omezena, jsou široce dostupná. Závislost na benzodiazepinech, stejně jako každá jiná závislost, nepříznivě ovlivňuje život postiženého i jeho okolí. Zasahuje tak pacienta v oblasti sociální, fyzické i duševní. Ačkoliv jsou benzodiazepiny v lékařství velmi přínosné, nesou s sebou závažná rizika užívání. Problematika nadužívání benzodiazepinů se jeví jako závažná a proto je nutné se jí zabývat. Hlavním záměrem této bakalářské práce je právě na tuto problematiku upozornit.

Cílem teoretické části je obeznámit čtenáře s charakteristikou benzodiazepinových léků. Práce definuje nejčastější důvody jejich indikace v medicínské praxi, seznamuje se základním dělením, nejčastějšími zástupci, mechanismem jejich účinku a nežádoucími stavy, které mohou užívání doprovázet. Teoretická část popisuje prevenci vzniku závislosti a podrobněji se zaměřuje na užívání benzodiazepinů u geriatrických pacientů. Stručně zmiňuje i vývoj a historii užívání těchto léků. Rovněž se zabývá edukací a její rolí v oboru ošetrovatelství.

Praktická část si klade za cíl vytvořit edukační plán a následně jej realizovat. Cílem edukačního procesu je informovaný pacient, který nabyt vědomosti o benzodiazepinech jako takových, umí je svědomitě užívat, provádí opatření, která vylučují možnost rozvinutí závislosti, a dokáže odbourávat stres i jiným způsobem, než je svévolné užívání farmak.

Vědomosti získané z této bakalářské práce může uplatnit zdravotnický personál především při edukaci pacientů, kteří benzodiazepiny užívají.

### **Vstupní literatura**

- SLÍVA, Jiří a Martin VOTAVA, 2011. *Farmakologie*. Praha: Stanislav Juhaňák – Triton. ISBN 978-80-7387-500-8.
- DOLEŽAL, Martin, 2013. *Farmaceutická chemie léčiv působících na centrální nervový systém*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-2382-5.
- VINAŘ, Oldřich, 2012. Behaviorální toxicita benzodiazepinů. In: *Psychiatrie*. 16(1), 20. ISSN 1211-7579.
- PŘIKRYL, Radovan, 2009. Léčba atypickými antipsychotiky a jejich volba podle spektra nežádoucích účinků. In: *Psychiatrie pro praxi*. 10(1), 22-25. ISSN: 1213-0508.
- MAGUROVÁ, Dagmar a Ludmila MAJERNÍKOVÁ, 2009. *Edukácia a edukační proces v ošetrovateľstve*. Slovensko Osveta. ISBN:78-80-8063-326-4
- MALÁ, Karolína a Hana NAVRÁTILOVÁ, 2006. Edukace a při onemocnění psychózou. In: *Psychiatrie*. 7(3), 137-139. ISSN 1213-0508.
- MIKUŠOVÁ, Katarína, 2010. Závislost na benzodiazepinech a hypnoticích - společensky závažný, zdravotně nebezpečný, ale stále podceňovaný jev. In: *Farmi news*. 7(3), 14-15. ISSN: 1214-5017.

### **Popis rešeršní strategie**

Odborné publikace pro tvorbu bakalářské práce s názvem „Edukační proces u pacientů užívajících benzodiazepiny“ byly vyhledávány v období od září do prosince 2016. Nástrojem k vyhledávání byly elektronické databáze: Katalog Medvik Národní lékařské knihovny, Bibliographia medica Čechoslovaca a Theses – databáze vysokoškolských kvalifikačních prací.

Klíčová slova stanovená v českém a anglickém jazyce jsou: Edukace – Education. Edukační proces – Educational process. Benzodiazepiny – Benzodiazepines. Závislost - Abuse.

Výsledně pro práci bylo využito celkem 25 informačních zdrojů. Čerpali jsme ze šesti knih, jedné diplomové práce, čtrnácti odborných článků, čtyř internetových zdrojů (z toho 2 v angličtině).

Vyhledané texty musely splňovat tyto podmínky: odbornost, vztah k tématu zadání bakalářské práce, jazyk český, anglický, případně slovenský, datum vydání od roku 2006 do 2016.



# 1 BENZODIAZEPINY

Benzodiazepiny (BZD) jsou vysoce účinná farmaka. V medicíně mají dlouholetou tradici užívání. Napříč medicínskými obory je jejich využití široké. Mezi jejich hlavní efekty patří účinek anxiolitický, hypnotický, myorelaxační a sedativní.

Snižují pocit strachu, úzkosti a psychického napětí. Většina z těchto látek působí rovněž sedativně. Terminologie zde není zcela ustálená. Pro léčiva této skupiny se používají též zastaralé názvy antifobitika, ataraktika, malé trankvilizéry nebo antineurotika (DOLEŽAL, 2013).

## 1.1 DĚLENÍ PODLE ÚČINKU

### **BZD jako hypnotika**

Benzodiazepinová hypnotika neboli hypnotika II. generace jsou léčiva schopná přetvářet architekturu spánku. Zkracují dobu usínání, minimalizují počet probuzení a bdělost během doby, kdy má pacient spát. Pacient subjektivně popisuje pocit lepšího odpočinku a kvalitnějšího spánku. Tyto léky tak mají sedativní, tj. celkově zklidňující účinek (NECHANSKÁ a kol., 2012).

### **BZD jako sedativa**

Sedativní látky jsou ty, které způsobují útlum motorických i psychických funkcí. Nejčastěji se užívají k tlumení akutního neklidu. Podobně jako u hypnotik i sedativa vyvolávají ospalost a navozují spánek (NETÍK, 2009).

### **BZD jako anxiolytika**

Anxiolytický efekt BZD se využívá u pacientů popisujících patologický strach nebo úzkost, které způsobují somatické obtíže. Tyto léky mají rovněž schopnost snižovat psychické napětí - tenzi. Jejich působením relaxuje nejen psychika, ale i svaly, mají tedy myorelaxační a antikonvulzivní účinek (NECHANSKÁ a kol., 2012).

### **BZD jako myorelaxancia**

Myorelaxancia snižují svalový tonus působením na příčně pruhované svalstvo. Léčivý přípravek schopný navodit svalovou relaxaci je např. tetrazepam (SÚKL, 2013).

### **BZD jako antikonvulziva**

Antikonvulziva uvolňují spasmy kosterní a hladké svaloviny. Využívají se k prevenci i léčbě epileptických záchvatů (NETÍK, 2009).

## **1.2 DĚLENÍ PODLE DÉLKY PŮSOBENÍ**

Tabulka 1 Dělení BZD podle délky jejich působení

	<b>krátkodobý</b>	<b>střednědobý</b>	<b>Dlouhodobý</b>
<b>BIOLOGICKÝ POLOČAS</b>	<5 hodin	6-12 hodin	>12 hodin
<b>LÉKOPISNÝ NÁZEV</b>	Midazolami Maleas Midazolami hydrochloridum Oxazepamum	Flunitrazepamum Alprazolamum Bromazepamum	Chlordiazepoxidum Diazepamum Medazepamum Clobazamum Nitrazepamum
<b>PŘÍPRAVEK</b>	OXAZEPAM	XANAX NEUROL LEXAURIN	ELENIUM APAUIN DIAZEPAM ANSILAN

(DOLEŽAL, 2013), (SLÍVA, VOTAVA 2011), (ZDROJ: VLASTNÍ).

Biologický poločas, nazývaný též eliminační poločas, je časová délka, která je nutná k tomu, aby léčivo ztratilo polovinu své farmakologické aktivity. Čím je tato doba kratší, tím častěji se musí lék do organismu dodávat (LINCOVÁ, FARGHALI a kol., 2007).

## 1.3 VÝVOJ

Prvním léčivem tohoto typu zavedeným do praxe byl chlordiazepoxid. Byl popsán jako náhodný objev v roce 1955. Až po dvou letech byl zjištěn jeho farmakologický účinek. Svého zařazení mezi terapeutická léčiva se dočkal až v 70. letech minulého století. Teprve o desetiletí později byla rozpoznána i hlavní rizika jeho používání, především riziko vzniku závislosti. Do klinické praxe pak byly zavedeny i sloučeniny s mírně odlišnou strukturou a mechanismem účinku (DOLEŽAL, 2013).

Dnes je chlordiazepoxid na obchodním trhu pod obchodními názvy například Angirex, Klopoxid, Novapam nebo Tropium. V České republice je však registrován jediný přípravek obsahující chlordiazepoxid: Elenium. V klinické praxi je jeho užívání prakticky obsolentní (SÚKL, 2013).

## 1.4 MECHANIZMUS ÚČINKU

BZD působí obdobně jako barbituráty a alkohol přes GABA receptor v mozku. Ten se řadí k nejsložitějším receptorům v mozku a skládá se z několika částí. Jednou z nich je GABA-A receptor, na který se váže kyselina gama-aminomáselná (GABA). Benzodiazepiny fungují jako tzv. allosteričtí modulátoři. To jsou látky, které se vážou mimo vlastní vazebné místo pro kyselinu gama-aminomáselnou, avšak zvyšují afinitu tohoto vazebného místa právě pro GABA. GABA zvyšuje transmembránový vstup chloridových iontů do buňky a buňku hyperpolarizuje – zvyšuje její membránový potenciál (DOLEŽAL, 2013), (LINCOVÁ, FARGHALI a kol., 2007).

GABA-A receptor se skládá z pěti podjednotek, přičemž nejčastěji jsou u obratlovců zastoupeny podjednotky  $\alpha$  (typ 1-6),  $\beta$  (typ 1-3) a  $\gamma$  (typ 1-3). BZD využívají vazebné místo podjednotkami  $\alpha$  a  $\beta$ , přičemž  $\alpha$  je rozhodující pro určení výsledného efektu stimulace receptorového komplexu.

BZD mají vynikající biologickou dostupnost. To je vlastnost vyjadřující kolik látky je organismem využito. Prostupují hematoencefalickou bariérou, což je hranice mezi vnitřním prostředím mozku a cévním řečištěm (SLÍVA, VOTAVA, 2011).

## 1.5 INTOXIKACE

Akutní otrava organismu BZD se projevuje především ospalostí, zpomalenou řečí, svalovou hypotonií a poruchou vědomí různého stupně. Postižený může připomínat svým chováním opilého (NEŠPOR, 2009). Nejnebezpečnější je útlum dechového centra. Proto mohou být čisté otravy BZD i u zdravých jedinců raritně smrtelné. Antidotum flumazenil se parentarálně podává v případě intoxikace. Pro svoji schopnost zrušit účinek centrálně sedativních účinků BZD je využíván i v anesteziologii, a to k ukončení anestezie navozené podáním BZD. Této anestezie se využívá při diagnosticko-terapeutických výkonech nebo celkové anestezii pacientů ambulantních i hospitalizovaných (SÚKL, 2013).

Účinek flumazenilu je pozorovatelný do 60 sekund a pacient by měl reagovat téměř okamžitě. Jeho negativem je krátký biologický poločas trvající přibližně jednu hodinu. V České republice je na trhu v přípravcích známých pod obchodním názvem Anexate a Flumazenil Pharmselect. Flumazenil je kontraindikován u pacientů s epilepsií, kteří dostávají BZD jako přídatnou léčbu, a u pacientů v pooperačním období, u kterých je stále zřejmý účinek opioidů (SÚKL, 2013).

### **Intoxikace u dětí**

Otravy léky u dětí nejsou neobvyklé. Ročně je v ČR na otravu toxickými látkami hospitalizováno přibližně 1000 dětí, z toho otrava léky je nejčastější příčinou. Intoxikace BZD léky jsou nejfrekventovanější. Stále zde platí pravidlo, že odstranění léků z dohledu a dosahu dětí, je nejlepší prevencí (HLADÍK, 2014).

## 1.6 RIZIKA UŽÍVÁNÍ

### 1.6.1 ROZVOJ ZÁVISLOSTI

BZD se řadí mezi léčiva se závislostním potenciálem a vznik závislosti je jejich předním rizikem. Léčba by měla být krátkodobá (LADER, 2012). Délka užívání by neměla překročit hranici 2-6 týdnů. Mnoho pacientů však i přes doporučení užívá BZD déle. U jedné třetiny pacientů dochází k rozvoji závislosti již po třech měsících léčby. (MIKUŠOVÁ, 2010).

MKN – 10 definuje závislost člověka na návykové látce jako stav s neodolatelným nutkáním k užívání návykové látky, přáním změnit prožívání reality, tendencí ke zvyšování dávek, neschopností omezit dané chování a nepříjemnými pocity při vynechání (abstinenci). Závislost na BZD je ve společnosti rozšířeným, avšak nedostatečně podchyceným fenoménem. Častěji se vyskytuje u žen a četností je srovnatelná s množstvím kuřáků a alkoholiků mezi muži. Vznik závislosti ovlivňují 3 faktory: návyková látka, osobnost uživatele a prostředí. Návyková látka je činitelem základním, avšak genetická predispozice uživatele, charakter jeho osobnosti, přidružené psychiatrické symptomy a prostředí, ve kterém žije, ovlivňuje míru rizika užívání také významně. Při náhlém vysazení léčiva se objeví příznaky psychické i fyzické závislosti (VINAŘ, 2012).

#### **Závislost psychická**

Psychická závislost se rozvíjí dříve než fyzická. Pacient nutkavě a náruživě touží po další dávce. Těmto subjektivním pocitům se říká craving neboli bažení. U pacienta psychicky závislého je pozorována různá forma podráždění až agrese, úzkosti a neklidu. Výjimečné není ani antisociální jednání. U starších pacientů je typická zmatenost, amnézie a zhoršení kognitivních funkcí (BALLÓKOVÁ, 2012).

#### **Závislost fyzická**

Fyzická závislost se zpravidla objevuje krátce po prvních projevech závislosti psychické, ale ve výjimečných případech tomu tak nemusí být. Znakem přítomnosti fyzické závislosti jsou tělesné abstinční příznaky po vynechání dávky. Typické jsou nespavost, třes, zvýšené pocení a neklid. Klinický obraz zahrnuje i hypotenzi a hypotermii. V některých případech dochází až k rozvoji deliria. Delirium je vážný stav

kvalitativní poruchy vědomí, který ohrožuje pacienta na životě. Vyžaduje včasnou diagnostiku a neodkladné zahájení léčby. U těhotných žen hrozí riziko vývoje patologického plodu, které se projevuje poškozením CNS a nízkou porodní váhou (VINAŘ, 2012), (PECINOVSÁ, 2011), (RESSNER, KONRÁD, BÁRTOVÁ, 2011).

### ***1.6.2 ODVYKACÍ SYNDROM***

Odvykací syndrom je soubor příznaků projevujících se při vysazení dávky BZD. Může nastat i po nízkých terapeutických dávkách. Pro odvykací syndrom jsou typické symptomy jako třes, neklid, pocení, nespavost, podrážděnost a křeče. Zřejmým znakem je tzv. rebound fenomén. To je stav, kdy dochází k navrácení příznaků, pro které byly BZD nasazeny. Čím déle pacient BZD užíval, tím pomalejší by mělo být postupné snižování dávky, aby se co nejúčinněji zamezilo rozvoji tohoto syndromu (MIKUŠOVÁ, 2010). Odvykací syndrom je pacienty subjektivně popisován jako velmi nepříjemný a nepředvídatelný proces (LIEBRENZ a kol., 2012).

### ***1.6.3 DEPRESE***

Deprese navozená BZD se projevuje symptomy jako jsou poruchy pozornosti, snížené sebehodnocení nebo dokonce suicidiální myšlenky. Depresogenní potenciál je popsán u všech BZD, proto žádný z nich není považován za zcela bezpečný. Míra rizika úměrně odpovídá dávce. Za hraniční přijatelnou gramáž se považuje např. dávka 40 mg diazepamů na den. Snížení dávky nebo vysazení většinou vede k ústupu úzkostných projevů (KROMBHOLZ, 2008).

### ***1.6.4. PORUCHY KOGNITIVNÍCH FUNKCÍ***

Antifobika navozují anterográdní amnézii, tj. výpadek paměti. Tento účinek léčiva se využívá při endoskopických vyšetřovacích zákrocích, např. použití midazolamu u kolonoskopie. Účelem je minimalizace traumatizujícího zážitku (NETÍK, 2009). Dlouhodobé, letité nadužívání rovněž poškozuje kognitivní funkce a vede k syndromu demence.

## 1.7 PREVENCE VZNIKU ZÁVISLOSTI

Nejpodstatnější prevencí je uvážlivá preskripce (NEŠPOR, 2009). O tom, zda bude pacient BZD užívat, by měl lékař rozhodnout až po odebrání podrobné anamnézy a provedení přesné diagnostiky (MIKUŠOVÁ, 2010). Dále je nutné v rámci prevence bedlivě monitorovat užívání léku a hlídat případné navyšování dávek samotným pacientem či častější pacientovy žádosti o předepisování. Významnou součástí při nasazování těchto léků by měla být podrobná edukace pacienta. Je žádoucí pacienta upozornit, že by léčba BZD měla být krátkodobá. Pokud je tato priorita dodržena, pacienti nemívají problém při vysazování léku a nedochází k rozvoji odvykacího syndromu (PŘIKRYL, 2009).

## 1.8 ZNEUŽÍVÁNÍ

Nechanská a kol. (2012) představuje BZD jako nejčastěji zneužívané léky současnosti na území České republiky. Jejich nevhodné užívání sahá už do 70. let minulého století, kdy byl nejčastěji zneužíván oxazepam a nitrazepam. Později se představitelem zneužívaných BZD stal Rohypnol, který byl předepisován především jako hypnotikum. V roce 2002 byl příčinou 27 úmrtí z předávkování, a to z celkem 49 případů způsobených BZD. V květnu 2007 byla tomuto léku zrušena registrace pro český trh a v současné době došlo k vymizení smrtelných předávkování na nulu.

BZD jsou nejčastěji zneužívány pro svůj tlumivý efekt nebo paradoxně pro svoji schopnost vyvolat stav euforie a exaltace. Zkušenost se zneužíváním sedativ mají i mladiství. Až 9,1% dospívajících ve věku 16 let potvrdilo, že již v životě zakusili účinky těchto léků, a to bez toho, že by jim je lékař předepsal. Zneužívání v dospělé populaci bude ještě vyšší. BZD jsou nejčastěji zneužívány v kombinaci s alkoholem a jinými drogami (NEŠPOR, 2009).

## 1.9 UŽÍVÁNÍ BZD U PEDIATRICKÝCH PACIENTŮ

Léčba BZD u dětí by měla být zavedena pouze tehdy, je-li to opravdu nutné. Lékař by měl pečlivě zvážit, zda to klinický stav pediatrického pacienta opravdu vyžaduje a zhodnotit efektivitu terapie vůči možnému riziku vzniku rozvoje závislosti. Indikovaným případem, kdy je vhodné BZD nasadit, je již diagnostikovaná úzkostná porucha. I v tomto případě by léčba měla být podávána co nejkratší dobu a v nejnižší možné dávce. Neadekvátní je zavedení benzodiazepinové terapie mírných a počátečních příznaků úzkostných poruch (SLÍVA, VOTAVA, 2011).

## 1.10 UŽÍVÁNÍ BZD U GERIATRICKÝCH PACIENTŮ

Stárnutí člověka s sebou často přináší pokles fyzických a duševních sil. V pokročilém věku však nebývá pro všechny stejně lehké přivyknout novým změnám i možným nemocem. To může mít za následek přítomnost různých poruch chování, pro něž je ale podstatné určit, zda nejsou projevem rozvoje nějaké duševní choroby. Topinková (2015, s. 2) charakterizuje poruchy chování takto: *v běžném styku s nemocným označujeme jako poruchu chování každou změnu v projevech nemocného, která má za následek podivné či neobvyklé chování, případně pokud nemocní zneklidňují nebo ohrožují ostatní osoby ve své blízkosti, nebo se opakovaně chovají nepřiměřeně společenské situaci. Takovou poruchou trpí asi 10% osob nad 65 let.* Autorka dále uvádí nejfrekventovanější projevy a příznaky takových poruch chování. Zařazuje mezi ně i agresivní chování, kdy pacient verbálně i fyzicky ohrožuje a napadá jak okolí, tak i sám sebe. Neklidné chování je dalším ze symptomů poruch chování ve stáří a nejčastěji je léčeno právě BZD. Pacient je úzkostný, dezorientovaný v osobě, času i prostoru, je tělesně neklidný a vykonává neúčelné činnosti, chová se společensky nepřijatelně a nepřiměřeně situacím. Je také schopný požívat nevhodné předměty, vykonávat potřebu na nesprávném místě, shromažďovat nebo schovávat věci. Často odmítá i základní hygienu a jakoukoli péči okolí.

Po pečlivém pozorování a vyšetření lékařem se za příčinu poruch chování stanoví onemocnění psychiatrické (deprese, schizofrenie), demence, neurologická onemocnění nebo negativní reakce na nepříjemné tělesné či duševní zážitky (chronická



zácpa, ovdovění, hospitalizace). Během léčby se stav většiny pacientů zlepšuje, úplného vymizení poruch je ale dosaženo pouze u 60% léčených. Nežádoucí účinky jsou u pacientů vyššího věku 3-5x častější než ve věku mladém a středním. Jedním z nich je paradoxně depresogenní účinek po vysazení BZD (HOLMEROVÁ, VAŇKOVÁ, 2009). Zahájení léčby tedy vyžaduje dobrou znalost pacienta a jeho anamnézy, jeho vedlejších diagnóz a klinickou zkušenost lékaře (TOPINKOVÁ, 2015).

## 2 EDUKACE

Pojem edukace pochází z latinského slova *educare*, což znamená vypěstovat, vychovávat nebo vyživit. Dnes pod tímto pojmem rozumíme výchovu a vzdělávání. Edukace je výuka i proces učení, který si vyžaduje interakci nejméně dvou osob. Edukace zahrnuje jak nabývání nových vědomostí, tak i osvojování si praktických zkušeností. Osobnost a vzdělání člověka se tedy rozvíjí pod vlivem formálních (škola) i neformálních (rodina) prostředí.

Edukátor je subjekt výchovy, který předává informace, a je jím člověk s odpovídajícím vzděláním, zkušenostmi a kompetencemi. Edukátor je učitel, rodič, školitel nebo instruktor, v nemocničním prostředí lékař, všeobecná sestra, nutriční terapeutka, fyzioterapeut a další. Edukant je subjekt edukace, který informace přijímá a edukátorem se nechává vést (MAGUROVÁ, MAJERNÍKOVÁ, 2009).

### **Role edukace v ošetřovatelství**

Edukace má v léčbě nezastupitelné místo. Její provádění bývá náročné, ale je v ošetřovatelství nezbytné. Správně provedená edukace má vliv na sféru pacientových poznatků o nemoci nebo konkrétní problematice. Také pozitivně ovlivňuje hodnoty, postoje a přesvědčení pacienta. Do edukace řadíme i nácvik zručnosti v širokém spektru činností, které jsou nutné vykonávat v rámci léčebného režimu. Edukovaný pacient je informovaný o ochraně svého zdraví, zná prevenci a ví, jak své zdraví podporovat. Z Listiny práv pacienta vyplývá, že pacient má právo na informace, rady a poučení (MAGUROVÁ, MAJERNÍKOVÁ, 2009).

### **Druhy edukace v ošetřovatelství**

Ošetřovatelství zná 3 druhy edukace. Základní, komplexní a reedukační. Základní edukace je vhodná pro pacienty, kteří nemají žádné znalosti o svém onemocnění. Zprostředkovává mu pouze nejdůležitější informace. Komplexní edukace má širší pojetí a je podrobnější. Využívá se u pacientů, kteří se léčí dlouhodobě, a je realizovaná například pomocí kurzů, rekondičních pobytů či lázeňské terapie. Navazující je edukace reedukační. Probíhá kontinuálně a navazuje na již získané vědomosti z předešlých období. Prohlubuje je nebo aktualizuje. Reaguje na změny

zdravotního stavu, případně napravuje chybné dovednosti a návyky (MAGUROVÁ, MAJERNÍKOVÁ, 2009).

### **Faktory podmiňující úspěšnost**

Ne vždy je dosaženo efektivní edukace. O výsledku rozhodují faktory, jako je například osobnost edukanta, jeho funkce kognitivní (věk, inteligence, motivace), fyzické (zdravotní stav a potřeby) a sociální (vzdělání, kultura). Proces edukace je ovlivněn i temperamentem, vzděláním a profesionalitou vystupování edukátora. Na výsledku se odráží i materiální vybavenost, prostředí (hluk, nedostatek soukromí) a další okolnosti, za kterých k edukaci dochází (MAGUROVÁ, MAJERNÍKOVÁ, 2009).

### **Záznam o edukaci**

Edukační aktivity jsou zaznamenávány do dokumentace. Záznamy musí být přesné, čitelné, přehledné a srozumitelné. Správně vedená dokumentace je zárukou kvalitní edukace. Záznamy, které jsou jejím obsahem, napomáhají udržovat návaznost edukace, potvrzují správnost stanovených diagnóz a plánů. Jsou vhodným edukačním materiálem i pro další zdravotnické pracovníky. Dokumentace musí obsahovat formulář o posouzení pacienta, edukační plán a vyhodnocení (MAGUROVÁ, MAJERNÍKOVÁ, 2009).

## **2.1 EDUKAČNÍ PROCES**

Edukační proces je každý proces, ve kterém dochází k předávání vědomostí a k učení edukanta. Edukační proces v ošetrovatelství se musí odehrávat ve specifickém prostředí, musí v něm docházet k předávání konkrétních informací mezi všeobecnou sestrou a pacientem. Skládá se z pěti fází.

První fáze je posouzení. Pozorujeme compliancia – ochotu či poddajnost a tužbu po poznání. Také motivaci, která vypovídá o vnitřních pohnutkách vedoucích ke změně. Hodnotíme i kognitivní funkce, aby bylo možné správně zvolit metody edukace, které budou přiměřené věku edukanta, vzdělání a sociálnímu prostředí, ze kterého pacient

přichází. V druhé fázi se diagnostikuje. Na základě získaných informací je stanovena diagnóza vzdělanostní – vědomostní. Za cíl si klade určit, co se pacient potřebuje naučit. Zkoumá rozsah pacientových vědomostí, míru zručnosti a stav motivovanosti. Stanovené diagnózy nejčastěji pojmenovávají skutečné a potencionální zdravotní problémy a oblast osobního růstu. Třetí fáze, fáze plánování, určuje priority edukace. Volí téma a obsah edukace, stanovuje dlouhodobé a krátkodobé cíle. Vytváří také strategie a vybírá vhodnou formu edukace, kterou budou vědomosti edukantovi předávány. V této fázi je nutné zvážit, kolik máme edukantů a kolik vymezeného času na proces edukace. Realizace probíhá ve čtvrté fázi edukačního procesu. Pod vedením edukátora dochází ke konkrétnímu seznámení edukanta s novými poznatky. Všeobecná sestra musí v této fázi dodržovat konkrétní zásady: zachovat přiměřený kontakt, vzbudit motivaci, připravit klidné prostředí, přizpůsobit tempo učení, využít adekvátních metod, zapojit všechny smysly edukanta a různé pomůcky. Důležité je také používat srozumitelný jazyk, vyhnout se příliš odborným termínům, utvořit prostor i pro zpětnou vazbu, zapojit do edukace blízké osoby edukanta, ověřit si, zda vše dobře pochopil. V poslední fázi edukačního procesu všeobecná sestra i pacient společně zhodnotí, kolik informací bylo úspěšně předáno. Výsledek je získáván z odpovědí na kladené otázky, písemných či interaktivních testů nebo praktickou zkouškou nově získané zručnosti (MAGUROVÁ, MAJERNÍKOVÁ, 2009).

## **2.2 EDUKACE PSYCHIATRICKÉHO PACIENTA**

Edukace pacienta s psychiatrickou diagnózou bývá pro všeobecnou sestru obtížnější, protože vyžaduje velmi empatický přístup a sebekontrolu. Psychiatrickí pacienti často nejsou schopni navázat normální sociální kontakt či přiměřeně reagovat v komunikaci s jinou osobou. Jejich onemocnění zapříčiní, že se chovají neadekvátně dané situaci, nespolupracují a komplikují proces edukace. Mohou být agresivní, užívají expresivních výrazů nebo jsou naopak úzkostní, depresivní a spaví. Je zde obzvlášť důležité, aby všeobecná sestra přistupovala k pacientovi emočně nezaujatá, rozhovor vedla sebejistě a byla trpělivá (MALÁ, NAVRÁTILOVÁ, 2006), (FRIČOVÁ, 2010).

## 2.3 EDUKACE RODINY PACIENTA

Blízké osoby pacienta ovlivňují úspěšnost jeho léčby. Rodina může pozitivně přispět k zdárnému léčebnému procesu, nebo ho negativně ovlivnit například tím, že pacienta nepovzbuzuje k vytrvalosti v procesu léčby, nepodporuje ho v režimových opatřeních a stresuje ho jinými konfliktními situacemi. Příbuzní by měli znát základní informace o daném onemocnění. Rozsah jejich edukace by měl být na stejné úrovni jako u nemocného. U psychiatricky nemocných by měla být rodina seznámena s nutností pravidelné dispenzarizace u odborného lékaře a klást důraz na pravidelné užívání psychofarmak. Rodina by neměla násilně zasahovat do soukromí pacienta. Pokud si však pečující osoby všimnou zásadního porušení léčebného režimu, je vhodné na to taktně upozornit. Je důležité, aby měly povědomí o tom, jak předcházet relapsům onemocnění. Rodina by se měla aktivně zapojit do léčby, a tím se podílet na brzkém uzdravení duševně nemocného (MALÁ, NAVRÁTILOVÁ, 2006).

### 3 EDUKAČNÍ PROCES

#### KAZUISTIKA

Dne 05.01.2017 v 10:45 přišla 85letá pacientka k plánované pravidelné kontrole do geriatrické ambulance v Nemocnici Milosrdných sester sv. Karla Boromejského v Praze. Pacientka je v této ambulanci dispenzarizována již od srpna roku 2012, kdy byla dovedena dcerou kvůli zhoršující se pohyblivosti, celkové ztuhlosti, nejistotě, pasivitě a dezorientaci. Dcera pacientky tenkrát popisovala, že její matka často padá, není schopná ráno bez pomoci vstát z postele, často se táže, kde je, utíká z domu, plete si dny a denní doby. Pacientka je mnoho let sledována na psychiatrii, kde jí kvůli smíšené úzkostně depresivní poruše a sekundárnímu parkinsonismu byla pravděpodobně už před 15 lety zavedena složitá medikace. Také od roku 2002 dochází do spánkové laboratoře na neurologické klinice, kde jí byl diagnostikován syndrom neklidných nohou. V geriatrické ambulanci byla při první návštěvě pacientky popsána polypragmasie a byl zaveden plán k redukci medikamentů. Během uplynulých 4 let byl seznam léků, které pacientka pravidelně užívá, několikrát změněn a k poslední návštěvě v geriatrické ambulanci výrazně zúžen. Znatelně se zlepšily kognitivní i pohybové funkce.

Nyní pacientka přichází zcela samostatně, bez doprovodu. V rámci pohybu po nemocnici a ambulanci je zcela soběstačná. Je plně při vědomí, orientuje se v prostoru i času. Fyziologické funkce při kontrole jsou v normě: TK 136/90mmHg, P 130/min, D 20/min, TT 36,4°C. Hodnota BMI je 24,65. V posledním čtvrtletí u ní došlo k váhovému úbytku o 5kg, který byl pravděpodobně zapříčiněn dodržováním diabetické diety. Pacientka nosí brýle, má 2 dioptrie, které dostatečně kompenzují oční vadu. Pacientka si stěžuje na bolest dásní, chtěla by začít užívat lék Ibalgin. Chtěla by se poradit, zda je to vhodné. Stolici má normálního charakteru s občasnými sklony k zácpě. Vylučování moči je bez problémů. Pouze v noci chodí často na toaletu, jak uvádí, minimálně 2x za noc. Spánek je narušený častým močením a stavy bdělosti uprostřed noci. Trpí nespavostí a dlouhým usínáním, žádá o opětovné navýšení dávky léku Lexaurin.

Ošetřující lékařka provedla objektivizovatelné kognitivní testy:  
MMSE – 29 bodů, tj. bez kognitivních poruch,  
ACE-R - 90 bodů, tj. normální kognitivní výkon,  
MOCA test – 26 bodů, tj. normální kognitivní výkon,  
Zungova škála deprese – minimální příznaky deprese,  
Beckův inventář úzkosti – 39 bodů, tj. snížená míra úzkosti,  
ADL – 100 bodů, tj. soběstačná v základních denních činnostech.

## 1. FÁZE - POSOUZENÍ

**Jméno:** L. V.

**Pohlaví:** žena

**Věk:** 85 let

**Bydliště:** Praha

**Rasa:** europoidní

**Etnikum:** slovanské (české)

**Vzdělání:** vyučená v oboru (kadeřnice)

**Zaměstnání:** starobní důchod

### ANAMNÉZA

**Nynější onemocnění:** bolest, nespavost, úzkost

#### **Osobní anamnéza:**

Psychomotorický vývoj: dítě z 2. fyziologické gravidity, první slova kolem 2. roku.

Výživa: přiměřená, dieta č. 9 (diabetická).

Těhotenství: 2, Porody: 1, GEU: 1, UPT: 0

Úrazy: 0

Spasmus: hyperventilační tetanie

Celková anestezie: min. 3x

Operace: CHCE, uretroplastika, HYE, kolpoplastika

Alergie: Pefenazin, Solian

Abúzy: neguje

#### **Vedlejší onemocnění:**

I259 ICHS,

F 412 Smíšená úzkostná a depresivní porucha,

E119 DM nezávislý na inzulinu bez komplikací,

N183 Chronické onemocnění ledvin, stadium 3,  
 E780 Hypercholesterolémie,  
 E039 Hypothyreóza,  
 G258 Syndrom neklidných nohou,  
 M170 Gonartróza,  
 G219 Parkinsonova choroba se spolupodílem vaskulárním a polékovým,  
 M8109 Postmenopauzální osteoporóza,  
 R064 Hyperventilační tetanie,  
 K Stomatodynie,  
 H400 Glaukom

### Farmakologická anamnéza:

Tabulka 2 Přehled farmakologické anamnézy pacientky

Název léku	Gramáž	indikační skupina	dávkování
<b>ASPIRIN PROTECT</b>	100 mg	antikoagulancia	0-1-0
<b>CALCICHEW D3</b>	200 IU	solí a ionty	1-0-0
<b>OXYCONTIN</b>	10 mg	analgetika – anodyna	0-1-1-½
<b>KINITO</b>	50 mg	digestiva, adsorbencia, acida	1-1-1
<b>ISICOM</b>	100 mg	antiparkinsonika	1-1-½-1
<b>MAGNESII LACTICI</b>	500 mg	solí a ionty	0-0-1
<b>LETROX</b>	100 mg	hormon	1-0-0
<b>MIRTAZAPIN MYLAN</b>	30 mg	antidepresiva	0-1-½-0
<b>ESCIRDEC NEO</b>	10 mg	antidepresiva	1-0-0-0
<b>ROSUCARD</b>	20 mg	hypolipidemika	0-0-1
<b>ATARAX</b>		anxiolytika	0-1-0
<b>ZELDOX</b>	80 mg	antipsychotika	0-0-1
<b>MODURETIC</b>		diuretika	1-0-0
<b>LEXAURIN</b>	1,5 mg	anxiolytika	0-0-1
<b>GLUCOPHAGE XR</b>	750 mg	antidiabetika	1-0-1
<b>VIPIDIA</b>	25 mg	antidiabetika	1-0-0
<b>XALATAN</b>	Collyr.	oftalmologika	0-0-0-1

(ZDROJ: VLASTNÍ)



**Základní údaje:**

<b>Tělesný stav</b>	V uplynulých 3 měsících pokles hmotnosti, dobrá fyzická kondice.
<b>Mentální úroveň</b>	Dobrá, pacientka je orientována místem, osobou i časem přiměřeně věku.
<b>Komunikace</b>	Přiměřená, kontakt navazuje ochotně, sama jej iniciuje.
<b>Zrak, sluch</b>	Porucha zraku kompenzována brýlemi. Sluch přiměřený věku.
<b>Řečový projev</b>	Řeč srozumitelná, bohatá slovní zásoba, přítomný lehký dysartrický prvek, bez dlouhých pomlk, intonace přiměřená obsahu sdíleného slova.
<b>Paměť</b>	Výbavnost přiměřená věku.
<b>Motivace</b>	Vynikající, zcela otevřená novým informacím.
<b>Pozornost</b>	Kognice přiměřená věku.
<b>Typové vlastnosti</b>	Melancholička.
<b>Vnímavost</b>	Adekvátní věku, dobrý kontakt.
<b>Pohotovost</b>	Na otázky reaguje bez výrazné latence.
<b>Nálada</b>	Kolísavá – pláče, když mluví o zesnulém manželovi, jinak působí klidně a vyrovnaně.
<b>Sebevědomí</b>	Spíše nízké, bojí se asertivně vyjádřit svůj názor.
<b>Charakter</b>	Úzkostná, tichá, citlivá, náladová, zvědavá, pečlivá.
<b>Poruchy myšlení</b>	Nyní koherentní, v minulosti bludy a halucinace.
<b>Chování</b>	Běžné, nekonfliktní jednání.
<b>Učení</b>	Typ: emocionální Styl: vizuální, auditivní, logický Postoj: zájem se učit Bariéry: strach, úzkost, zhoršené vidění, zhoršený sluch

## **POSOUZENÍ FYZICKÉHO STAVU, ZDRAVOTNÍCH PROBLÉMŮ A EDUKAČNÍCH POTŘEB**

*Posouzení dle 13 domén NANDA taxonomie II vycházející z Modelu fungujícího zdraví Marjory Gordonové*

Posouzení ze dne: 05. 01. 2017

### **1. Vnímání zdraví – snaha o udržení zdraví**

Pacientka svůj zdravotní stav zhodnotila kladně. Cítí se normálně, nebo i lépe než v předchozím období, a to i přesto, že v předchozích měsících jí byl diagnostikován diabetes mellitus. Soudí, že toto nové onemocnění jí život příliš nekomplikuje, a dodržování příslušných zásad plynoucích z nemoci jí nezpůsobuje problémy. Udává, že s chronickou bolestí dásní se již částečně naučila žít a přijala ji. Bolest se v posledních dnech zintenzivnila, proto žádá lékaře o předepsání analgetika. Také ji trápí dlouhé usínání a probouzení uprostřed noci. Z tohoto důvodu by chtěla změnit medikaci a žádá o navýšení léku Lexaurin, po kterém prý dobře a kvalitně spí. Má strach, že pokud tak lékař neučiní, vrátí se jí stavy neklidu a třes. Pacientka se snaží pravidelně a pestře stravovat, pít hodně tekutin a svědomitě dodržovat diabetickou dietu. Pečlivě užívá léky, neporušuje dávkování a dodržuje denní rozpis medikamentů téměř na minuty. Kromě běžných návštěv u praktického lékaře dochází pravidelně a vždy v termínu na kontroly do neurologické, psychiatrické a geriatrické ambulance. Každý den cvičí a chodí na dlouhé procházky. Paměť si trénuje u vědomostních televizních pořadů.

Ošetřovatelský problém: bolest, strach, úzkost, nespavost, závislost

Priorita: střední

### **2. Výživa – metabolismus**

Pacientka je vysoká 154cm a její hmotnost je 58kg. BMI v hodnotě 24,6 vypovídá o tom, že její váha je normální a nepřináší tedy žádná zdravotní rizika. V uplynulých 3 měsících zhubla 5kg a tento fakt přisuzuje tomu, že začala svědomitě dodržovat diabetickou dietu. Snaží se pravidelně a pestře stravovat, pít hodně tekutin. Jí 6x denně, v malých porcích. Dřív mezi jídly požívala sladké a slané pochutiny, nyní už

si netroufne. Chut' k jídlu je spíše snižená. Vypije přibližně 1500ml tekutin denně, preferuje perlivé minerální vody. Alkohol a kávu nikdy nepila.

Ošetřovatelský problém: kolísání hmotnosti

Priorita: střední

### **3. Vylučování**

Udává, že momentálně nemá problémy s vyprazdňováním. Stolice bývá pravidelná jednou denně, většinou ráno. Defekace je bez bolesti a patologických změn. Svěřila se, že dříve tomu tak nebylo.

Pacientka absolvovala operaci (nepamatuje se přesně kdy, zhruba před 10 roky), při které ji byla provedena plastika uretry. Po operaci vymizely obtíže s inkontinencí. Trápí ji ale noční močení. Během noci jde na toaletu minimálně 2x, což je pro ni nekomfortní. Myslí, že to má psychickou příčinu. Mikce nebývá bolestivá, makroskopickou hematurii nepozoruje. Pocení je v normě.

Ošetřovatelský problém: noční močení

Priorita: nízká

### **4. Aktivita – odpočinek**

Pacientka má dostatek energie pro všechny denní aktivity. Netrpí únavou. Snaží se vše zvládat sama, bez dopomoci. Často chodí na dlouhé vycházky, někdy i během dne sama provádí kondiční cvičení. Baví ji sledovat televizní vysílání, a scházet se s přítelkyněmi na hru karet. Obvykle spí 9 hodin denně. Jejím rituálem před spaním je poslech rádia a četba. Usíná díky účinku hypnotik (Lexaurin). Několikrát za noc ji vzbudí nucení na močení. Nesužují ji noční děsy.

Ošetřovatelský problém: přerušovaný spánek

Priorita: střední

### **5. Vnímání – poznávání**

Pacientka je orientovaná osobu, časem i prostorem. Nosí dioptrické brýle. Kolik dioptrií neví (v dokumentaci uvedeny 2 bilaterálně). Jiné kompenzační pomůcky nemá a nepotřebuje. Sluch má přiměřený věku. Čítí a rovnováha jsou v normě. Pacientka má problémy s pamětí adekvátní věku. Slovní projev je souvislý a úroveň slovní zásoby je bohatá. Nemá problém s vyjadřováním myšlenek. Ačkoli benzodiazepinové léky užívá

mnoho let, nemá o nich dostatečné množství informací. Je otevřena získání nových poznatkům o svém onemocnění a medikaci, jež užívá.

Ošetrovatelský problém: vada zraku, nedostatek informací

Priorita: střední

## **6. Sebepojetí**

Pacientka se popisuje jako introvertka. Ačkoliv se pravidelně schází s přítelkyněmi, není příliš sdílná a často se cítí osamělá. Z rozhovoru vyplývá, že měla těžký život. Trpí steskem po svém manželovi. Ví, že jeho ztráta, byla spouštěčem jejich psychických problémů. S dcerou se často dohadují, pacientka tvrdí, že neumí vystupovat asertivně a většinou dceři ustoupí.

Ošetrovatelský problém: samota, nízké sebevědomí

Priorita: střední

## **7. Role – mezilidské vztahy**

Pacientka je v starobním důchodu. Dříve pracovala jako kadeřnice. Dětství měla nešťastné. Otec matku opustil. Vyrůstala se dvěma sourozenci, kteří již zemřeli. Měla s nimi pěkný vztah. Se zesnulým manželem má dceru. Bydlí s ní a vnukem v generačním rodinném domku. V přízemí má svou bytovou jednotku. Při tragické nehodě přišla o zetě a druhé vnuče.

Ošetrovatelský problém: samota, smutek

Priorita: střední

## **8. Sexualita – reprodukční schopnost**

Pacientka má jednu dceru. Gravidita i porod byly fyziologické. Dcera je zdravá. Další těhotenství bylo extrauterinní, vyústilo v samovolný potrat. Nepodstoupila žádná umělá přerušení těhotenství. Pravidelné menstruační krvácení skončilo přibližně v 55 letech. Přibližně před deseti lety ji byla provedena hysterektomie, kterou přijala bez výraznějších komplikací. Další otázky jsou s ohledem na její věk a partnerskou situaci nevhodné.

Ošetrovatelský problém: nestanoven

Priorita: žádná

## **9. Stres – zátěžové situace**

Pacientku sužují velké psychické potíže již od středního věku. Netají se, že v období, kdy upadala do depresí, mívala suicidiální myšlenky. Nikdy se však o nic nepokusila. Udává, že ji stresují hádky s dcerou a vzpomínky na nešťastné události z minulosti. Stres zvládá díky lékům, bez nich si to neumí představit. Bojí se léky vysadit či snížit dávky, aby se jí nepřitížilo. Ze stárnutí a smrti strach nemá.

Ošetřovatelský problém: stres, úzkost, deprese

Priorita: vysoká

## **10. Víra – životní hodnoty**

Pacientka je pokřtěna v římskokatolické církvi. Není aktivně praktikující, v Boha ale věří. Nejdůležitější v životě je pro ni rodina. Tvrdí, že pro ni největší hodnotou bylo společně s manželem budovat chalupu, kde trávili jako rodina mnoho času. Smyslem života je pro ni mít někoho rád a přijímat lásku nazpět. Chtěla by se dožít vysokého věku. Přeje si, aby až do smrti byla soběstačná a nemusela být odkázaná na pomoc ostatních.

Ošetřovatelský problém: nestanoven

Priorita: žádná

## **11. Bezpečnost – ochrana**

Pacientku sužuje strach z případné redukce léků, které již užívá. Nyní chce změnit medikaci. Pečlivě si vede rozpis léků, které užívá, a rozpis striktně dodržuje. Návštěva v ambulanci a přítomnost lékaře ji nijak neobtěžuje. V nemocničním prostředí již strávila ve svém životě mnoho času, říká tedy, že je na ně zvyklá.

Ošetřovatelský problém: strach

Priorita: střední

## **12. Komfort**

Pacientka si stěžuje na bolest dásní. Žádá o předepsání analgetik. Dříve jí na bolest pomáhalo žvýkání šalvějových bonbonů, nyní už to nestačí. Uznává, že některé aktivity ji vysilují více než dřív.

Ošetřovatelský problém: bolest, pokles fyzických sil

Priorita: střední

### **13. Jiné, růst a vývoj**

V minulosti pacientka užívala mnoho léků současně. Vzájemné interakce léčiv mezi sebou jí způsobovaly fyzické i psychické obtíže. Pacientka měla halucinace, kognitivní poruchy a zhoršenou hybnost. Při postupném vysazování jsou u ní zřejmé známky vzniku závislosti. Pacientka si toho je vědoma, chtěla by více porozumět tomu, proč se tak děje, a naučit se, jak s předepsanými léky správně hospodařit.

Ošetřovatelský problém: závislost, málo informací o léčbě

Priorita: střední

### **Profil rodiny**

Pacientka žije s dcerou a vnukem v generačním domku. Má zde svoje soukromí. Je vdova, manžel umřel před 17 lety. Byl alkoholik. Sourozence již nemá, oba zemřeli. Sestra zemřela stejně jako matka pacientky na komplikace pankreatitidy. Dětství měla těžké, protože vyrůstala bez otce. Zda se s ním během života zkontaktovala nebo zda má o něm nějaké informace, se v rámci ošetřovatelské anamnézy nepodařilo zjistit.

### **Sociální a ekonomický stav rodiny**

Pacientka měsíčně obdrží starobní důchod. Žije skromným způsobem života, a proto si sama po ekonomické stránce vystačí. Nebojí se případných nečekaných finančních výdajů, protože má úspory.

### **Životní styl, kultura, náboženství, hodnoty, postoje**

I ve svém vysokém věku žije pacientka poměrně aktivně. Pravidelně cvičí, našla zalíbení v dlouhých procházkách. Schází se s vrstevnicemi ke hře karet. Pasivním odpočinkem je pro ni sledování televize a poslech rádia. Kulturní akce a společenské události již nenavštěvuje. Chodí spát pravidelně kolem 23. hodiny a snaží se spát 9 hodin denně. Stravuje se plnohodnotně a dodržuje dietní omezení vyplývající z jejích onemocnění. S dodržováním pitného režimu problém také nemá. Vyrůstala pod vlivem katolické výchovy, nyní ale praktický duchovní život nevyhledává. Nejdůležitější prioritou jejího života je rodina.

### **Adekvátnost a neadekvátnost rodinných funkcí**

Pacientka je matkou a babičkou. Se svou jedinou dcerou se snaží mít dobrý vztah. Ví, že v sobě mají navzájem oporu a jedna na druhou se mohou spolehnout. Špatně snáší absenci partnera. Je babičkou jednoho vnuka, kterému se snaží naplno věnovat.

### **Porozumění současné situace rodinou**

Dcera pacientky se zajímá o její zdravotní stav a chce se aktivně podílet na zdárném průběhu její léčby a fyziologickém stárnutí.

V první fázi edukačního procesu jsme shromáždili pacientčiny osobní údaje, včetně analýzy. Pacientčiny vědomosti jsme prověřili vstupním dotazníkem. Ten obsahoval 10 otázek týkajících se problematiky užívání BZD (viz příloha A).

Ze vstupního testu vyplynulo, že pacientka nemá ucelené informace o BZD. Také nemá kompletní vědomosti potřebné k správnému užívání BZD. Pro edukaci pacientky jsme se rozhodli na základě faktu, že osvěta je v tomto případě léčby vždy na nezastupitelném místě. Důvodem, proč je edukace nutná, je vysoký závislostní potenciál BZD. Stanovili jsme edukační diagnózy a pacientka absolvovala proces edukace.

### **Motivace pacientky**

Pacientka je otevřena novým vědomostem. Je zvědavá, i přes svůj pokročilý věk má zájem dozvědět se něco nového a přiučit se různým dovednostem.

## **2. FÁZE DIAGNOSTIKA**

Edukační diagnózy byly stanoveny podle knihy NANDA International, OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY, Definice a klasifikace, 2012–2014. Tato taxonomie vychází z funkčních vzorců Marjory Gordonové. Diagnózy stanoveny dne 05. 01. 2017 jsou seřazeny od nejvyššího stupně priority.

## Doména 5 – Percepce/Kognice

### Třída 4 – Kognice

#### **Dg.: Riziko akutní zmatenosti (00173)**

##### Definice:

- Riziko reverzibilních poruch vědomí, pozornosti, kognice a percepce, které se vyvíjejí v krátkém čase

##### Rizikové faktory

- Snížená pohyblivost
- Kolísání v cyklu spánku – bdění
- Zhoršení kognice
- Metabolické abnormality – nerovnováha elektrolytů
- Věk nad 60 let
- Bolest
- Farmaceutické látky – anestetika, polypragmazie, psychoaktivní látky

## Doména 5 – Percepce/Kognice

### Třída 4 – Kognice

#### **Dg.: Zhoršená paměť (00131)**

##### Definice

- Neschopnost zapamatovat si nebo vybavit si informace či behaviorální dovednosti

##### Určující znaky

- Zapomíná provádění zvyklostí v daném čase
- Neschopnost vy bavit si události
- Neschopnost vybavit si skutečné informace
- Uvádí, že má zkušenosti se zapomínáním

##### Související faktory

- Snížený srdeční výkon
- Nerovnováha elektrolytů
- Neurologické poruchy



## Doména 5 – Percepce/Kognice

### Třída 4 – Kognice

#### **Dg.: Nedostatečné znalosti (00126)**

##### Definice

- Absence nebo nedostatek kognitivních informací souvisejících s konkrétním tématem

##### Určující znaky

- Nepřesná interpretace znalostí v testu
- Nepřesné provádění

##### Související faktory

- Kognitivní omezení
- Nedostatečný kontakt s prostředím, ze kterého lze vědomosti získat
- Neobeznámenost se zdroji informací
- Špatná vybavnost

## Doména 5 – Percepce/Kognice

### Třída 4 – Kognice

#### **Dg.: Snaha zlepšit znalosti (00161)**

##### Definice

- Vzorec kognitivních informací vztahujících se ke konkrétnímu tématu nebo k jejich získání, který dostačuje k dosažení zdravotních cílů a lze jej posílit

##### Určující znaky

- Projevuje zájem učit se

##### **Deficit vědomostí:**

- o BZD obecně,
- o pravidlech léčby BZD,
- o riziku plynoucího z nadužívání,
- o odvykacím stavu,
- o jiných možnostech (relaxační techniky), jak zvládnout akutní stavy úzkosti a stresu.

**Deficit v postojích:**

- nesprávná interpretace užívání BZD léčiv,
- neznalost příznaků rozvíjející se závislosti.

**Deficit zručností:**

- neschopnost zvládat odvykací stav,
- neschopnost správně relaxovat a tím se účinně vyhýbat stresu.

### 3. FÁZE PLÁNOVÁNÍ

**Podle priorit (stanovených na základě vstupního testu):**

- edukace o BZD obecně,
- edukace o léčbě BZD,
- edukace o správném užívání BZD,
- edukace o riziku užívání BZD,
- edukace o průběhu odvykacího stavu
- edukace o jiných relaxačních technikách.

**Podle struktury:** tři edukační jednotky**Záměr edukace:**

- navodit pocit jistoty,
- informovat o BZD,
- seznámit s průběhem léčby,
- vysvětlit rizika nadužívání,
- osvojit si zásady správného užívání,
- naučit se rozpoznat závislost,
- naučit se rozpoznat příznaky odvykacího stavu,
- naučit se jiným relaxačním technikám.

**Podle cílů:**

Kognitivní – Pacientka získá vědomosti o BZD přiměřené jejím poznávacím schopnostem a možnostem. Bude obeznámena s průběhem léčby BZD. Naučí se, jak BZD správně užívat a pochopí, jak zamezit rozvoji závislosti. Pacientka zná příznaky závislosti i odvykacího stavu. Osvojí si i jiné metody, jak se zbavit stresu a snížit vnitřní napětí.

Afektivní – Pacientka má zájem na tom být edukována a aktivně se na edukaci podílí. Uvědomuje si nutnost získat informace. Přijímá nové poznatky a je ochotná se jimi následně řídit.

Behaviorální – Pacientka užívá léky ve správném čase a přesné dávce, dodržuje jejich množství a s lékovým harmonogramem nijak sama nemanipuluje. Případnou mírnou psychickou nepohodu či nespavost zkusí zmírnit relaxačními technikami. Pacientka sama rozpozná stav, kdy je nutné vyhledat lékaře. Nabyté informace aplikuje a umí využít ve svém běžném životě.

**Podle místa realizace:** nemocniční prostředí, geriatrická ambulance

**Podle času:** Edukační jednotky byly realizovány pouze ve 3 termínech. Konkrétní data edukace byly vybrány v souladu se dny, kdy byla pacientka pozvána k plánované kontrole v geriatrické ambulanci. Délka jednotlivých edukačních jednotek byla rozdílná, byla přizpůsobena době, kdy pacientka čekala na vyšetření.

**Podle výběru:** rozhovor, dialog, objasňování, vstupní a výstupní test, diskuze, opakování

**Edukační pomůcky:** tužka, papír, notebook, vstupní a výstupní test, informační leták, příbalový leták léku Lexaurin, rozpis (harmonogram) léků, které pacientka užívá, podložka na cvičení, polštář, karty zobrazující polohy při cvičení, CD s relaxační hudbou.

**Podle formy:** individuální.

**Podle typu:** základní.

### **Struktura edukace:**

1. edukační jednotka: Benzodiazepiny, správné užívání BZD.
2. edukační jednotka: Závislost na BZD.
3. edukační jednotka: Relaxační techniky.

### **Časový harmonogram edukace:**

1. edukační jednotka: 05. 01. 2017 od 10:00 do 11:00 (60 minut)
2. edukační jednotka: 01. 02. 2017 od 10:30 do 11:20 (50 minut)
3. edukační jednotka: 01. 03. 2017 od 11:00 do 12:00 (60 minut)

## **4. FÁZE – REALIZACE**

### **1. edukační jednotka**

**Téma edukace:** Benzodiazepiny, závislost.

**Místo edukace:** geriatrická ambulance

**Časový harmonogram:** 05. 01. 2017 od 10:00 do 11:00 (60 min)

#### **Cíl:**

Kognitivní – pacientka získá základní povědomí o tom, co jsou benzodiazepinové léky, pochopí, co je závislost a jaké jsou její příznaky.

Afektivní – pacientka má snahu pochopit, co jsou benzodiazepinové léky, snaží se nabýt informací o tom, co je závislost, klade otázky, aktivně se zapojuje a nepocítuje úzkost v souvislosti s tím, že by nerozuměla medikaci, která je jí ordinována.

Behaviorální – pacientka ví, jaké z léků, které pravidelně užívá, patří mezi benzodiazepiny a umí vyjmenovat příznaky vzniku závislosti.

**Forma:** individuální.

**Prostředí:** nemocniční, geriatrická ambulance, klid.

**Edukační metody:** vysvětlování, rozhovor, zodpovězení otázek, opakování.

**Edukační pomůcky:** písemné pomůcky - tužka, papír, notebook, vstupní a výstupní test, příbalový leták jednoho z BZD léku, rozpis (harmonogram) léků, které pacientka užívá.

## **Realizace 1. edukační jednotky**

**Motivační fáze:** (10 minut) pozdravení, představení, seznámení, orientace v prostředí, vysvětlení pojmu edukace.

**Expoziční fáze:** (30 minut)

### **Benzodiazepiny**

Každý den užíváte mnoho léků a mezi nimi jsou i léky, které nazýváme benzodiazepiny. Jsou to ty léky, které Vám pomáhají snadno usínat, následně kvalitně spát a ty, co Vás zbavují neklidu. Předepisuje Vám je Váš psychiatr. Nejsou to antidepressiva, jak si veřejnost chybně vysvětluje. Ve Vašem případě se jedná konkrétně o lék Lexaurin. Na problémy, jako je například úzkost, vnitřní tenze nebo nespavost, zabírají velmi spolehlivě a účinně. Proto jsou oblíbené jak mezi lékaři, tak mezi pacienty. Lékaři je zhusta předepisují a užívá je široká část populace. Bohužel, často se stává, že jsou předepisovány nerozváženě – na příliš dlouhou dobu nebo ve vysokých dávkách. Na vině nejsou jen lékaři, ale také pacienti, kteří je mnohokrát nadužívají. Nadužíváním se myslí, že s nimi neumí hospodařit a užívají je často až v mnohonásobně vyšší dávce, než jim bylo naordinováno. Pokud je počínání lékaře nebo pacienta takto neuvážlivé, může se stát, že na tyto léky vznikne závislost. Z toho plyne, že BZD jsou velmi přínosným léčivem, avšak s jistým rizikem možného nebezpečí. Musíme tedy umět s nimi správně zacházet. Vhodné je jejich předepsání v případech jako nespavost ze závažné příčiny, akutní reakce na silný stres, neklid, úzkost, posttraumatické stavy.

### **Správné užívání benzodiazepinů**

Jak již bylo řečeno, BZD musíte užívat přesně tak, jak Vám naordinuje lékař. Zpravidla léčba začíná co nejnižší možnou dávkou, a později je dávka zvyšována až do dosažení žádoucího účinku. Frekvence a množství musí být bezpodmínečně dodrženy. Absolutně nepřípustné je, abyste si léky brala sama, kdykoliv dle potřeby. Šikovné je, pořídit si dávkovač na léky. Stanovte si den v týdnu, ve kterém si do něj léky budete připravovat. Například vždy v pondělí si nachystejte léky na několik dní dopředu. Dodá Vám to přehled nad všemi léky, které užíváte. Díky dávkovači se Vám nestane, že byste nějaký lék zapoměla užít, nebo ho užila vícekrát. Pokud byste ale na tabletku z nějakého důvodu zapoměla, dávku nezdvoujte. Vezmete si až další

předepsanou dávku. V případě, že užijete lék ve vyšší dávce, v lepším případě jen vyvolá spánek. Budete ospalá, nebo se tvrdě vyspíte. I to ale může být velmi nebezpečné. Například u lidí, kteří řídí auto nebo vykonávají jinou činnost, u které je zapotřebí být zcela bdělý. Délka reakcí se prodlouží a sníží se schopnost soustředit se. Také při vyšších dávkách dochází ke zmatenosti. Člověk přestává být lucidní. Tím je myšleno, že ztrácí orientaci v prostoru či situaci, ve které se zrovna nachází. To pak následně vyvolá úzkost nebo dokonce agresi. V záchvatu je jedinec nebezpečný sám sobě i okolí. Vysoká dávka však může vyvolat i opačnou reakci, a to povolení svalového napětí. V tomto stavu by Vám vaše tělo připadalo jako „z hadru“. Pokud dojde k předávkování lékem, jedná se o velmi nebezpečný stav. Intoxikace neboli otrava může být v krajních případech smrtelná. Pokud užíváte BZD, nesmíte požívat alkohol. BZD zvyšují tlumivý efekt alkoholu. Stejně tak zesílí účinek opiátu. Opiát je například lék Oxycontin, který užíváte proti bolesti. Právě proto musíte být zrovna vy velmi opatrná. V krabičce každého léku z lékárny najdete příbalový leták. Pokud Vám něco není jasné, nahlédněte do něj. Také při jakékoli nejasnosti se neostýchejte kontaktovat s dotazem lékaře.

**Fixační fáze:** (15 minut) shrnutí podstatných informací, opakování, odpovídání na dotazy.

**Hodnotící fáze:** (5 minut) sledujeme zájem pacientky, její reakce na nové poznatky, aktivitu, zapojení se do edukace, hodnotíme míru informací, které byla schopna si zapamatovat.

Kontrolní otázky:

*Které z Vašich léků patří mezi BZD?*

*Co hrozí, když je nebudete správně užívat?*

*Co nesmíte požívat společně s těmito léky?*

*Co budete dělat, pokud si s něčím ohledně užívání nebudete zcela jistá?*

**Zhodnocení edukační jednotky:**

Edukace proběhla zcela bez problémů. Pacientka jevila zájem, aktivně se zapojovala, bez vyzvání se dotazovala a zdatně nové informace přijímala. Na všechny kladené otázky odpověděla téměř správně a bez delší latence. Stanovené cíle pro tuto edukační jednotku byly úspěšně splněny.

## **2. edukační jednotka**

**Téma:** Závislost na BZD.

**Místo edukace:** geriatrická ambulance.

**Časový harmonogram:** 01. 02. 2017 od 10:30 do 11:20 (50 minut).

**Cíl:**

Kognitivní - Pacientka chápe pojem závislost. Ví, za jakých okolností závislost vznikne.

Afektivní – Pacientka se aktivně zajímá o problematiku závislosti na BZD. Dobrovolně spolupracuje, chápe proč je tato edukace důležitá.

Behaviorální – Pacientka vyjmenuje některé z příznaků závislosti, umí říct, jak se zachovat, pokud by některé z příznaků u sebe zpozorovala.

**Prostředí:** nemocniční.

**Edukační metody:** vysvětlování, rozhovor, zodpovězení otázek, opakování.

**Edukační pomůcky:** písemné pomůcky - tužka, papír.

### **Realizace 2. edukační jednotky**

**Motivační fáze:** (5 minut) vytvořit příjemné a ničím nerušené prostředí, přivítat se, navázat kontakt s pacientkou nenuceným krátkým rozhovorem, popsat průběh edukace, zopakovat podstatu edukace a připomenout její přínos.

**Expoziční fáze:** (25 minut)

#### **Závislost na BZD**

Již při minulém setkání jsme zmínili, že BZD mají mimořádný závislostní potenciál. To znamená, že na nich může a dokonce velice často vzniká závislost. Většinou se rozvíjí plíživě. Závislost je stav psychický, tedy duševní, i fyzický, tedy tělesný. Skupina projevů doprovázející závislost se nazývá syndrom závislosti. Psychicky se projevuje silnou touhou. Máte chuť, co nejdřív lék užít a bažíte po jeho účinku. I přesto, že jste si vědoma, že Vám ve výsledku dávka více ublíží, než pomůže. Příkladem špatného zacházení je, když pacient nevysadí lék ani na jasné doporučení lékaře lék dál neužívat. Nebo když pacient užije lék i přes to, že požil alkohol. Někdy je příčinou zvyšování si dávek již rozvinutá tolerance. To je stav, kdy si tělo zvykne

na původní dávku a pacient necítí žádný účinek. To se stává, když užíváte lék delší období než je nutné. Nejkatastrofičtější scénář se odehrává, když je závislost natolik silná, že zasahuje do pacientova osobního života. Pacient redukuje své zájmy, zanedbává povinnosti a nevěnuje se ani běžným činnostem na úkor užívání si pod vlivem léku nebo jeho sháněním. Při každém patrném projevu závislosti, je potřeba BZD přestat užívat. Vysazení nesmí být náhlé ani prudké. Nedoporučuje se detoxifikace bez vědomí lékaře. Reakce na vysazení léků je různá a je těžko předvídatelná. Velmi často se objeví odvykací potíže. Mezi ně patří příznaky jako neklid, úzkost, zvýšená tenze, podrážděnost, nespavost. Někdy mohou být odvykací stavy tak dramatické, že se u pacienta projeví křečové záchvaty. Ty jsou nebezpečné a ohrožující na životě. Jak závažný průběh bude vysazení léků doprovázet, závisí na několika faktorech: na dávce, frekvenci, typu léku, délce užívání a rychlosti zanechání užívání.

**Fixační fáze:** (15 minut) zopakování podstatných informací, shrnutí.

**Hodnotící fáze:** (5 minut) dotazování, zda pacientka všemu porozuměla, výzva k zopakování podstatného, položení kontrolních otázek, ověření získaných dat.

Kontrolní otázky:

*Co je to závislost?*

*Za jakých okolností může vzniknout?*

*Jaké má závislost příznaky?*

### **Zhodnocení edukační jednotky**

Na položené kontrolní otázky pacientka odpovídala zcela správně. Stanovené cíle této edukační jednotky tedy byly splněny. Pacientka předvedla své nové znalosti v problematice závislosti na BZD. Z toho jsme usoudili, že edukace byla úspěšná.

### **3. edukační jednotka**

**Téma edukace:** Relaxační techniky.

**Místo edukace:** vyšetřovna.

**Časový harmonogram:** 01. 03. 2017 od 11:00 do 12:00 (60 minut).



**Cíl:**

Kognitivní – pacientka chápe podstatu relaxace, ví, proč je péče o duševní zdraví nepostradatelná, má zájem na zdravém životním stylu.

Afektivní – pacientka se aktivně zapojí do provádění cviků, má snahu o správné provedení relaxačních technik, snaží se vše si zapamatovat.

Behaviorální – pacientka umí teoretické poznatky propojit s praxí. Umí správně provést dechové cvičení a relaxační pozice, zařadí relaxační cvičení mezi své běžné denní činnosti.

**Forma:** individuální.

**Prostředí:** nemocniční, důležité zajistit soukromí, pohodlí, klid a dostatek času.

**Edukační metody:** výklad, rozhovor, praktická ukázka, nácvik, diskuze.

**Edukační pomůcky:** tužka, papír, podložka na cvičení, polštář, karty zobrazující polohy při cvičení, notebook, CD s relaxační hudbou.

**Realizace 3. edukační jednotky**

**Motivační fáze:** (10 minut) pozdravení, přivítání pacientky, neutrální rozhovor pro navození přátelské atmosféry, dotazování se na zdárný průběh léčby benzodiazepiny, podpoření pacientčina zájmu pokračovat v edukaci, zdůraznění smyslu edukace.

**Expoziční fáze:** (35 minut)

**Relaxační techniky**

V poslední části naší edukace si dovolím Vás seznámit s relaxační technikou, která je vhodnou prevencí a prostředkem k tišení akutních stresových stavů. Relaxace pravidelným cvičením může zmírnit projevy úzkosti a deprese. Vhodně zvolená fyzická aktivita je dobrou prevencí vzniku závislosti. Cvičení je způsob, jak pozitivně ovlivnit duševní zdraví jinak, než farmakologicky, tj. bez pomoci léků. Jedním z nejznámějších pomocníků při boji se stresem je cvičení jógy. Ukážeme si 2 pozice, které z tohoto cvičení vychází a jsou pro relaxaci vhodné. Nejprve si ale vysvětlíme, jak správně dýchat.

## **Dechové cvičení**

Správně provedeným dechovým cvičením lze ovlivnit činnost našich vnitřních orgánů. Například srdce. Zpomalením srdečního tepu zklidníme i celé tělo a zajistíme menší projevy neklidu a stresu. Pohodlně se na židli usadíte. Nohy jsou svěšené na zem, plosky chodidel se celou plochou dotýkají země. Narovnejte záda. Ramena uvolněte, svěste je od uší směrem dolů, ruce položte na stehna. Můžete hřbetem dolů, dlaněmi nahoru. V této pozici setrváme. Snažíme se zůstat v klidu. Pokoušíme se vytěsnit zvuky z okolí. Přestaneme v hlavě třídit myšlenky. Necháme je volně plynout. Začínáme zhluboka dýchat a koncentrovat se na svůj dech. Vnímáme svůj dech. Využíváme bráničního dýchání. To je dýchání do dutiny břišní. Při nádechu se nebude zvedat hrudní koš, ale bude se zvětšovat objem břicha. Při výdechu vyfukujeme vzduch z těla ven. Dýcháme zhluboka. Pomalu. Soustředíme se na délku, frekvenci, rytmiku, kvalitu nádechu a výdechu. Můžeme takto setrvat libovolně dlouho, dokud neucítíme úlevu. Tento způsob dýchání a meditace Vás dokáže zklidnit velmi rychle. Hbitě odbourává stres a tiší roztěkanou mysl. Toto cvičení můžeme provádět kdykoliv a kdekoliv a téměř v jakékoliv poloze. Dvě možné, vycházející z tradiční jógy si názorně ukážeme.

### **1. pozice – Paschimottanasana**

Pozice, která se provádí vsedě, v předklonu. Mírně si ji usnadníme a přizpůsobíme Vaší fyzické zdatnosti za pomoci polštáře nebo srolované deky. Tuto pozici jsem vybrala z důvodu, že ji můžete praktikovat nejen na zíněnce ale i v posteli. Můžete je využít kdykoli během noci, kdy Vás trápí nespavost. Nemusíte opouštět lůžko a použijete ke cvičení jen klasický polštář či deku. Do této pozice se dostáváme ze sedu. Na podložce nebo matraci napneme nohy před sebe. Propneme je v kolenech, tak jak nám vlastní tělo dovolí. Mírně oddálíme kolena od sebe, špičky budou směřovat ven. Mezi kolena vložíme velký polštář, nebo složenou deku. Trup jde do předklonu, hlava spočine mezi koleny, opřena čelem o polštář. Je několik možností, jak naložit s rukama. Nejjednodušší je si s nimi podepřít čelo. Nebo je necháme volně splývat podél těla, či se držíme za holeně. V této poloze setraváme v klidu, bez zbytečných pohybů. Začínáme zhluboka a pravidelně dýchat podle předchozích doporučení.

### **2. pozice – Suptha Badda Konasana**

Tuto pozici česky nazýváme pozicí motýlka vleže. Je velmi jednoduchá na provedení a patří mezi pozice odpočinkové. Vycházíme z polohy vleže na zádech. Paže položíme na podložku dlaněmi vzhůru. Jsou mírně vzdálené od trupu. Chodidla

spojíme tak, že se budou v místě plosek kolmo dotýkat. Chodidla přitahujeme po podložce směrem nahoru k srdci až do úhlu, který nám kyčle dovolí. Poloha, kterou dolní končetiny zaujmají, vzdáleně připomíná křídla motýla. Opět využijeme již nacvičené techniky uvolňujícího dýchání. Tato pozice nám má být příjemná a pohodlná. Nesetrvávejte v ní, pokud by byla příliš fyzicky náročná.

**Fixační fáze:** (13 minut) zopakování dechového cvičení, opět předvedení relaxačních pozic, připomenutí jiných praktických doporučení - soukromí, klid, příjemná hudba

**Hodnotící fáze:** (2 minuty) hodnocení projeveného zájmu a aktivity, klasifikace soustředění a pozornosti, hodnocení schopnosti zapamatovat si, hodnocení správného provedení cviků.

Kontrolní otázky:

*Co to je relaxační technika?*

*Proč je důležité denně relaxovat?*

*Předved'te, jak správně dýchat.*

*Zaujměte jednu z relaxačních pozic.*

### **Zhodnocení edukační jednotky**

Stanovené cíle byly splněny. Pacientka během edukace projevovala zájem a chuť se naučit něco nového. Jednotlivá cvičení prováděla technicky správně. Bezchybně zodpověděla kontrolní otázky a sama ve fixační fázi připomínala, že je důležité zvládat stres jinak, než za pomoci farmak. Dokázala cviky předvést i bez obrázkových karet, které jí měly být nápomocné.

## **5. FÁZE – VYHODNOCENÍ**

Účinek edukace jsme hodnotili již během edukačních jednotek, kdy pacientka zodpovídala na kladené otázky. Konečné vyhodnocení bylo stanoveno dle výstupního testu. Otázky položené v tomto testu, se shodovaly svým zněním s otázkami v testu vstupním. Ten jsme pacientce předložili k vyplnění na začátku edukačního procesu.

Tehdy většina jejich odpovědí byla chybná. Na konci nás ale suverénně správné odpovědi přesvědčily, že edukace byla úspěšná a pacientce byla přínosem.

Edukace probíhala ve 3 edukačních jednotkách. Pacientka po celou dobu jevila zájem se na edukaci aktivně podílet. Bezproblémově spolupracovala. Sama podněcovala diskuzi a kladla otázky. Dožadovala se nových informací a byla velmi zvědavá. Pacientka zjistila, co vlastně jsou BZD. Porozuměla problematice benzodiazepinové závislosti a je schopná popsat její projevy. Zapamatovala si, jak vzniku závislosti předejít. K prevenci rozvoje závislosti bude využívat relaxačních technik, které se naučila a umí je předvést. Kognitivní, afektivní a behaviorální cíle byly splněny.

Edukační proces probíhal v nemocničním prostředí, v místnosti geriatrické ambulance a vyšetřovny. Vždy bylo zajištěno ničím nerušené, příjemné prostředí a soukromí, aby nebyla narušena pacientčina intimita. Časová dotace přiměřeně odpovídala kognitivním schopnostem pacientky a obsahu edukace. Veškerý stanovený čas byl využit efektivně. Edukace pacientku časově nezatěžovala. Na konci edukačního procesu pacientka vyjádřila vděčnost.

Vyšší věk pacientky s sebou nese riziko slábnutí kognitivních funkcí. Vzhledem k tomu je nutné podotknout, že by bylo vhodné v edukaci pokračovat a důležitá data a výstrahy ji nadále připomínat a osvěžovat. Nejlépe po celou dobu léčby benzodiazepiny.

## 4 DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Edukace jako taková má v ošetrovatelství nezastupitelné místo. Bohužel z praxe víme, že jí mnohdy není vyhrazen dostatečný časový prostor nebo jí zdravotnický personál nepřikládá dostatečnou váhu. Z toho plyne, že kvalita osvěty pacientů v různých oblastech zdravotní problematiky je velmi nízká. Při setkávání se s pacienty užívajícími léky z řad benzodiazepinů jsme zjistili, že jejich informovanost o rizicích plynoucích z těchto farmak není postačující. Vzhledem k vysokému závislostnímu potenciálu BZD je včasná edukace nutná. Protože drtivou většinu pacientů užívajících BZD tvoří pacienti psychiatričtí, je nezbytné zvolit vhodný a empatický způsob edukace. Komunikace mezi všeobecnou sestrou a psychiatrickým pacientem je nezastupitelná. Pacient ji mnohdy považuje za blízkou osobu, protože spolu tráví při hospitalizaci mnoho času. Pro snadnější komunikaci s psychiatrickými pacienty a vysokou efektivitu edukačního procesu jsme vytvořili soubor doporučení pro všeobecné sestry. Druhý seznam doporučení by měl sloužit pacientům léčícím se za pomoci BZD. Vždy je nepostradatelná spolupráce samotného pacienta, jeho compliance a motivace k uzdravení. Poslední soupis doporučení je věnovaný rodině a blízkým z pacientova bezprostředního okolí. Ti mohou zdárný průběh léčby výrazně ovlivnit.

### **Doporučení pro všeobecné sestry pečující o pacienty užívající BZD:**

1. Znalost benzodiazepinových léků, jejich účinku, vedlejších účinků a dávkování.
2. Schopnost rozpoznat příznaky závislosti na BZD.
3. Schopnost rozpoznat odvykací stav po vysazení či snížení dávky BZD.
4. Schopnost provést úkony první pomoci při intoxikaci.
5. Empaticky přistupovat k pacientovi.
6. Trpělivost při komunikaci s pacientem.
7. Přehnaně nedůvěřovat, má-li pacient zřejmý problém se závislostmi.
8. Uznávat osobnost pacienta i přes nesnadnou spolupráci.
9. Nenarušovat soukromí.
10. Seznámit pacienta s prostory a chodem oddělení. Tím bude zamezeno vzniku úzkosti z neznámého prostředí.

11. Následně se pokoušet denní harmonogram pacientů dodržovat.
12. Podávat pacientovi podrobné a přesné informace, např. k průběhu vyšetření.  
Předejde se tak akutním projevům stresu plynoucím z neočekávaných situací.
13. Monitorovat spánek, zajišťovat jeho fyziologický průběh.
14. Pečlivě sledovat pocity a nálady pacienta.
15. Řádně pacienta edukovat o vlastnostech BZD.
16. Upozornit pacienta na možnost vzniku závislosti na BZD.
17. Doporučit pacientovi jiné než farmakologické prostředky, které mu pomohou předcházet úzkosti, depresím.
18. Zajistit kontakt a podporu rodiny.

#### **Doporučení pro pacienty užívající BZD:**

1. Není důvod se stydět či tajit svému okolí, že BZD užíváte.
2. Deprese, nespavost nebo úzkost jsou dnes již běžným onemocněním.
3. Při užívání BZD dodržujte striktně ordinace lékaře.
4. Neužívejte BZD podle vlastního uvážení.
5. Nemanipulujte s frekvencí či dávkou. Sami nezvyšujte ani nesnižujte dávku léku. Nepokoušejte se sami zvládnout vysazení.
6. Sledujte vlastní projevy rozvíjející se závislosti.
7. Sledujte vlastní projevy odvykacího syndromu.
8. Při jakýchkoliv nejasnostech, projevech závislosti nebo odvykacího stavu se obraťte na svého lékaře.
9. Nepijte alkohol, neužívejte opioidy (morfium, kodein, heroin).
10. Zvažte řízení auta a jiné činnosti náročné na koncentraci.
11. Naučte se relaxačním technikám, které Vám pomohou předcházet stresu.

#### **Doporučení pro rodinu a blízké pacienta užívajícího BZD:**

1. Neviňte sami sebe za problémy Vašeho blízkého. Nepřebírejte na sebe jeho zodpovědnost a povinnosti.
2. Nebagatelizujte jeho onemocnění.
3. Respektujte ho, zachovávejte k němu stále úctu i v situacích, kdy se nechová zcela vhodně.
4. Nezesměšňujte jeho pocity a nálady.
5. Neváhejte kontaktovat lékaře, pokud ohrožuje svým chováním sebe nebo okolí.

6. Pacientovy suicidální sklony nebo výhrůžky berte vždy vážně.
7. Seznamte se s BZD, např. přečtením příbalového letáku.
8. Nezasahujte pacientovi příliš do soukromí, ale pokuste se rozpoznat projevy vzniku závislosti.
9. Vlídňě ho upozorněte, pokud zaznamenáte, že nedodrží správné dávkování léku.
10. Buďte trpěliví při odvykacím stavu.
11. Pokuste se i doma zajistit klidné prostředí, vyhnout se konfliktům a předcházet stresovým situacím.
12. Buďte oporou.

## ZÁVĚR

Teoretická část bakalářské práce si kladla za cíl seznámit čtenáře s charakteristikou BZD a uvést je do problematiky vyplývající z užívání těchto léků. Vycházeli jsme z odborné literatury. Snažili jsme se poměrně složitou farmakologickou nauku BZD adekvátně přizpůsobit znalostem nelékařského zdravotnického personálu. Usilovali jsme o to, aby obsah teoretické části byl stručný, ale výstižný. Domníváme se, že bylo vhodné uvést jen ty podstatné informace, které jsou nezbytně nutné pro vykonávání ošetrovatelské péče u pacientů užívajících BZD. Dále jsme se v teoretické části zabývali pojmem edukace a rozvedli jeho roli v oboru ošetrovatelství.

Cílem praktické části bylo aplikovat edukační plán v praxi. Ten byl sestaven podle předpisů tvorby edukačního procesu. Nejprve jsme sestavili vstupní dotazník. Tento soubor otázek jsme položili pacientce, která byla ochotná s námi spolupracovat. Pacientka měla již s užíváním BZD četné zkušenosti, avšak chybné odpovědi napovídaly o závažném deficitu znalostí. Z toho důvodu jsme usoudili, že je edukace pacientky nezbytná. V první edukační jednotce jsme doplnili pacientčiny vědomosti o BZD obecně a naučili ji, jak je správně užívat. V další jednotce jsme pacientku seznámili s riziky, která s sebou užívání BZD nese. Poté, co pacientka obstojně přijala teoretické vědomosti, rozhodli jsme se do edukace zařadit i praktické nácviky relaxačních technik. Domníváme se, že ty mohou být skvělou prevencí před projevy akutního stresu a úzkosti. Pacientka na edukaci od začátku reagovala pozitivně. Byla velmi vstřícná a ochotná se edukace účastnit. Plnila všechny požadavky, které jsme na ni v rámci edukace kladli. Sama se aktivně zapojovala a byla pečlivou edukantkou. Výstupní test obsahoval identické otázky jako test vstupní. Tentokrát pacientka zodpověděla veškeré otázky správně. Edukační plán se nám podařilo realizovat úspěšně. Edukace byla pro pacientku přínosem, tedy i cíl této bakalářské práce považujeme za splněný.

Tato bakalářská práce může sloužit jako edukační materiál pro všeobecné sestry. Ty zde mohou najít užitečné informace o léčbě BZD a inspirovat se při edukaci pacientů, jejichž zdravotní stav vyžaduje BZD užívat.



## SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

ANON, 2013. *Elenium*. [online]. Praha. [cit 2017-01-02]. Dostupné z: <http://www.sukl.cz/modules/medication/detail.php?kod=0040564>

ANON, 2013. *Tetrazepam – aktualizace informací*. [online]. Praha. [cit. 2017-02-02]. Dostupné z: <http://www.sukl.cz/tetrazepam-aktualizace-informace>

BALLÓKOVÁ, Anna, 2012. Racionální užití benzodiazepinů ve stáří [[elektronický zdroj]]. In: *Farmi news*. 9(3), 12-13. ISSN: 1214-5017.

DOLEŽAL, Martin, 2013. *Farmaceutická chemie léčiv působících na centrální nervový systém*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-2382-5.

FRIČOVÁ, Silvia, 2010. Význam a možnosti využití edukace v psychiatrickém ošetrovatelství. In: *Sestra*. 20(3), 34-36. ISSN 1210-0404.

HLADÍK, Michal, 2014. Intoxikace u dětí a mládeže. In: *Pediatric pro praxi*. 15(5), 308-310. ISSN: 1213-0494.

HOLMEROVÁ, Iva a Hana VAŇKOVÁ, 2009. Demence a deprese ve vyšším věku. In: *Medicina pro praxi*. roč. 6, Suppl. F, F21-F28. ISSN: 1214-8687.

KROMBHOLZ, Richard, 2008. Farmakologicky navozené deprese. In: *Psychiatrie pro praxi*. 9(5), 209-212. ISSN: 1213-0508.

LADER, Malcolm, 2012. Benzodiazepine harm: How can it be reduced? In: *The British Pharmacological*. 77(2), 295–301 / 295

LIEBERENZ a kol., 2015. High-dose benzodiazepine dependence: a qualitative study of patients' perception on cessation and withdrawal. In: *BMC Psychiatry*, DOI 10.1186/s12888-015-0493-y

LINCOVÁ, Dagmar a Hasan FARGHALI a kol., 2007. *Základní a aplikovaná farmakologie*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-373-0.

MAGUROVÁ, Dagmar a Ľudmila MAJERNÍKOVÁ, 2009. *Edukácia a edukační proces v ošetrovatelstve*. Slovensko: Osveta. ISBN: 978-80-8063-326-4.

MALÁ, Karolína a Hana NAVRÁTILOVÁ, 2006. Edukace a při onemocnění psychózou. In: *Psychiatrie*. 7(3), 137-139. ISSN 1213-0508.

MIKUŠOVÁ, Katarína, 2010. Závislost na benzodiazepinech a hypnoticích - společensky závažný, zdravotně nebezpečný, ale stále podceňovaný jev. In: *Farmi news*. 7(3), 14-15. ISSN: 1214-5017.

NANDA INTERNATIONAL, 2013. *Ošetrovateľské diagnózy: definície & klasifikácie:2012-2014 = Nursing diagnoses: definitions and classification: 2012-2014*. 1. České vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4328-8.

NECHANSKÁ, Blanka a kol., 2012. *Zneužívání psychoaktivních léků v České republice*. Praha: Úřad vlády České republiky. ISBN 978-80-7440-073-5.

NEŠPOR, Karel. Prevence zneužívání léků a přístupy při zvládání lékové závislosti. In: *Practicus*. 2009, 8(3), 22 -26. ISSN: 1213-8711.

NETÍK, Vojtěch, 2009. Problematika preskripce benzodiazepinových preparátů u geriatrických pacientů v ČR. *Adiktologie*. 9(1), 30-34. ISSN: 1213-3841.

PECINOVSKÁ, Olga, 2011. Delirium u závislostí na návykových látkách. In: *Neurologie pro praxi*. 12(5), 317-320. ISSN: 1213-1814.

PŘÍKRYL, Radovan, 2009. Léčba atypickými antipsychotiky a jejich volba podle spektra nežádoucích účinků. In: *Psychiatrie pro praxi*. 10(1), 22-25. ISSN: 1213-0508.

RESSNER, Pavel, Jiří KONRÁD a Petra BÁRTOVÁ, 2011. Delirium u geriatrických nemocných. In: *Neurologie pro praxi*. 12(5), 311-316. ISSN: 1213-1814.

SLÍVA, Jiří a Martin VOTAVA. 2011. *Farmakologie*. Praha: Stanislav Juhaňák – Triton. ISBN 978-80-7387-500-8.

TOPINKOVÁ, Eva, 2015. *Poruchy chování ve stáří a jak je zvládat*. Praha: Geriatrická klinika VFN, vydáno ve spolupráci sanofi-synthelabo

VINAŘ, Oldřich, 2012. Behaviorální toxicita benzodiazepinů. In: *Psychiatrie*. 16(1), 20. ISSN 1211-7579.

VOKURKA, Martin a Jan HUGO a kol., 2007. *Velký lékařský slovník*. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-130-1

## SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A	Vstupní test.....	I
Příloha B	Výstupní test.....	II
Příloha C	Edukační karta: Pozice při cvičení.....	III
Příloha D	Informační leták.....	V
Příloha E	Čestné prohlášení studenta k získání podkladů pro zpracování bakalářské práce.....	VI
Příloha F	Protokol o provádění sběru podkladů pro zpracování bakalářské práce.....	VII
Příloha G	Literární rešerše.....	VIII

**Příloha A** Vstupní test

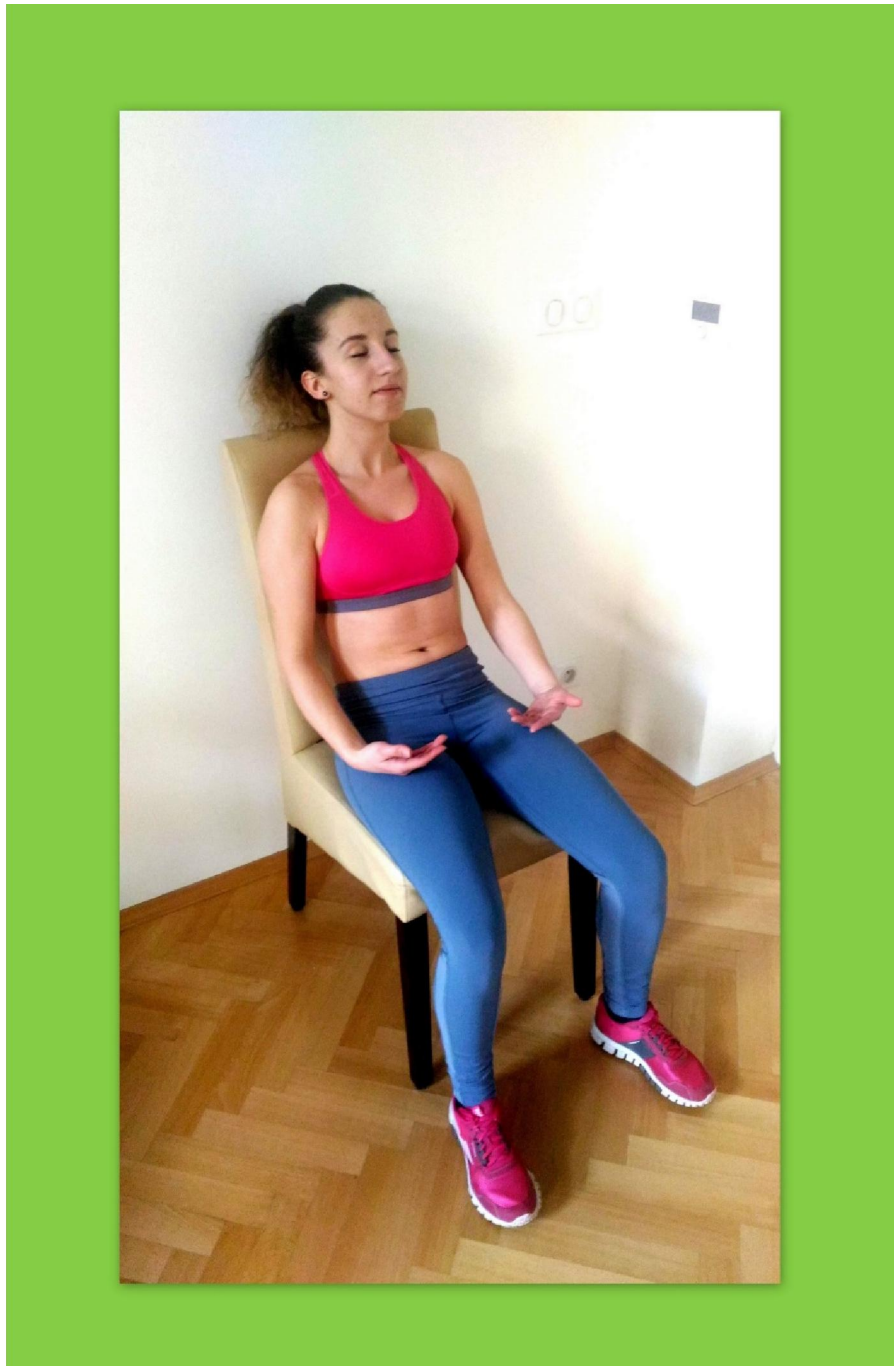
<b><u>VSTUPNÍ TEST</u></b>		
<b>PROSÍM, ZATRHNĚTE <i>ano</i> ČI <i>ne</i></b>		
<b>VÍTE, CO JSOU TO BENZODIAZEPINY (BZD)?</b>	<i>ano</i>	<i>ne</i>
<b>UŽÍVÁTE NĚKTERÝ Z BENZODIAZEPINOVÝCH LÉKŮ?</b>	<i>ano</i>	<i>ne</i>
<b>ZNÁTE DOPORUČENOU DOBU UŽÍVÁNÍ BZD?</b>	<i>ano</i>	<i>ne</i>
<b>VÍTE, CO JE TO ODVYKACÍ SYNDROM?</b>	<i>ano</i>	<i>ne</i>
<b>MŮŽE NA BZD VZNIKOUT ZÁVISLOST?</b>	<i>ano</i>	<i>ne</i>
<b>UMÍTE VYJMENOVAT NĚJAKÉ PŘÍZNAKY ZÁVISLOSTI?</b>	<i>ano</i>	<i>ne</i>
<b>POKUD UŽÍVÁTE BZD, MŮŽETE PÍT ALKOHOL?</b>	<i>ano</i>	<i>ne</i>
<b>JE BEZPEČNÉ POD VLIVEM BZD NAPŘ. ŘÍDIT AUTO?</b>	<i>ano</i>	<i>ne</i>
<b>UMÍTE ZVLÁDAT STRES I BEZ POMOCI LÉKŮ?</b>	<i>ano</i>	<i>ne</i>
<b>OVLÁDÁTE NĚJAKOU RELAXAČNÍ TECHNIKU?</b>	<i>ano</i>	<i>ne</i>

**Příloha B Výstupní test**

<b><u>VÝSTUPNÍ TEST</u></b>		
<b>PROSÍM, ZATRHNĚTE <i>ano</i> ČI <i>ne</i></b>		
<b>VÍTE, CO JSOU TO BENZODIAZEPINY (BZD)?</b>	<b><i>ano</i></b>	<b><i>ne</i></b>
<b>UŽÍVÁTE NĚKTERÝ Z BENZODIAZEPINOVÝCH LÉKŮ?</b>	<b><i>ano</i></b>	<b><i>ne</i></b>
<b>ZNÁTE DOPORUČENOU DOBU UŽÍVÁNÍ BZD?</b>	<b><i>ano</i></b>	<b><i>ne</i></b>
<b>VÍTE, CO JE TO ODVYKACÍ SYNDROM?</b>	<b><i>ano</i></b>	<b><i>ne</i></b>
<b>MŮŽE NA BZD VZNIKOUT ZÁVISLOST?</b>	<b><i>ano</i></b>	<b><i>ne</i></b>
<b>UMÍTE VYJMENOVAT NĚJAKÉ PŘÍZNAKY ZÁVISLOSTI?</b>	<b><i>ano</i></b>	<b><i>ne</i></b>
<b>POKUD UŽÍVÁTE BZD, MŮŽETE PÍT ALKOHOL?</b>	<b><i>ano</i></b>	<b><i>ne</i></b>
<b>JE BEZPEČNÉ POD VLIVEM BZD NAPŘ. ŘÍDIT AUTO?</b>	<b><i>ano</i></b>	<b><i>ne</i></b>
<b>UMÍTE ZVLÁDAT STRES I BEZ POMOCI LÉKŮ?</b>	<b><i>ano</i></b>	<b><i>ne</i></b>
<b>OVLÁDÁTE NĚJAKOU RELAXAČNÍ TECHNIKU?</b>	<b><i>ano</i></b>	<b><i>ne</i></b>

## Příloha C Edukační karta: Pozice při cvičení

### 1. DECHOVÉ CVIČENÍ



## 2. PASCHIMOTTANASANA



## 3. SUPTHA BADDHA KONASANA



(ZDROJ: VLASTNÍ)



**BENZODIAZEPINY**  
*aneb JAK JE SPRÁVNĚ UŽÍVAT*

**Kdy je užíváme?**

- úzkost
- neklid
- nespavost
- posttraumatické stavy

bažení  
necítíte účinek  
agrese neklid  
**zanedbávání shánění léků**  
**povinností**  
navrácení původních problémů, které  
užívání BZD odstartovalo

**Jak je užíváme?**

- dodržujte dávkování dle ordinací lékaře
- neužívejte "dle potřeby"
- pozorujte příznaky rozvíjející se závislosti

**Benzodiazepiny, které že to jsou?**  
XANAX LEXAURIN  
OXAZEPAM NEUROL  
ELENIUM APAURIN

Tento leták byl vytvořen jako příloha k bakalářské práci:  
*Edukace u pacientů užívajících benzodiazepiny. Obhajoba na Vysoké škole zdravotnické, o.p.s., Duškova 7, Praha. 2017.*  
Vytvořila: Sára Jánská, Dis.

(ZDROJ: VLASTNÍ)

**Příloha E** Čestné prohlášení studenta k získání podkladů pro zpracování bakalářské práce

**ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ**

Prohlašuji, že jsem zpracovala údaje a podklady pro praktickou část bakalářské práce s názvem „Edukační proces u pacientů užívajících benzodiazepiny“ v rámci studia realizovaného na Vysoké škole zdravotnické, o. p. s., Duškova 7, Praha 5.

V Praze dne.....

.....  
Jméno a příjmení studenta

## Příloha F Protokol o provádění sběru podkladů pro zpracování bakalářské práce



**NEMOCNICE Milosrdných sester sv. Karla Boromejského v Praze**

Vlašská 36, 118 33 Praha 1 - Malá Strana

Tel.: 257 197 111, Fax: 257 197 376, www.nmskb.cz, e-mail:

nmskb@nmskb.cz

---

### Souhlas pacienta se zpracováním jeho osobních údajů

- Nahlížení do zdravotnické dokumentace
- Anonymní zpracování jeho dat pro studijní účely
- Kopie dokumentace

Oddělení: I2

Pacient/ka XXXXXXXXXX

Příjmení a jméno, titul: /

RČ.: *1901. 23. 1. 1931*

Kontakt ( telefon,, e-mail , adresa) /

Souhlasím, aby níže uvedená osoba mohla využívat ke studijním účelům mou zdravotnickou dokumentaci.

Žadatel

Příjmení a jméno, titul: *SARA JÁNSKÁ, DIS.*

datum narození *21. 07. 1994*

Kontakt ( telefon,, e-mail , adresa)

*sara.janska@centrum.cz*

Dne: *05. 01. 2017*

Podpis pacienta

*Sara J.*

**PRŮVODNÍ LIST K REŠERŠI**

**Jméno:** Sára Jánská, DiS.

**Název práce:** Edukační proces u pacientů užívajících benzodiazepiny

**Jazykové vymezení:** čeština, angličtina

**Klíčová slova:** Edukace - Education. Edukační proces – Educational process.  
Benzodiazepiny – Benzodiazepines. Závislost - Abuse.

**Časové vymezení:** 2006-2016

**Druhy dokumentů:** knihy = monografie, sborníky, články, kvalifikační (bakalářské a diplomové práce), elektronické zdroje

**Počet záznamů:** 72 (vysokoškolské práce: 1, knihy: 15, články a příspěvky ve sborníku: 52, elektronické zdroje: 4)

**Použité prameny:**

- Katalogy knihoven systému Medvik – knihy (= monografie)
- Bibliographia medica Čechoslovaca (BMČ – články)
- Theses – registr vysokoškolských kvalifikačních prací
- Internet

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

Vypracovala: Sára Jánská, DiS.