

**Univerzita Karlova v Praze**

**1. lékařská fakulta**

**Studijní program: Specializace ve zdravotnictví**

**Studijní obor: Adiktologie prezenční**



**Bc. Nikol Spůrová**

**Mapování a metodika zvládnutí somatických komplikací  
injekčních uživatelů drog**

Mapping and methodological management of physical complications of  
injecting drug users

**Diplomová práce**

**Vedoucí práce: Mgr. Barbara Janíková**

**Oponent: PhDr. Lenka Vavrinčíková PhD.**

**Praha 2013**

## **Poděkování**

Poděkování za podnětné připomínky, cenné rady, podporu, trpělivost a shovívavost patří především vedoucí magisterské diplomové práce Mgr. Barbaře Janíkové. Ráda bych tímto poděkovala konzultantům MUDr. Janu Dvořákovi, Mgr. Ing. Aleši Herzogovi a zdravotním sestřám TP a KC Sananim. V poslední řadě také všem ostatním kolegům TP a KC Sananim, blízkým přátelům a rodině za podporu při realizaci této práce.

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracovala samostatně a že jsem řádně uvedla a citovala všechny použité prameny a literaturu. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

Dne 11. 12. 2013

Bc. Nikol Spůrová

## **Identifikační záznam**

SPŮROVÁ, Nikol. Mapování a metodika zvládnání somatických komplikací injekčních uživatelů drog. [Mapping and methodological management of physical complications of injecting drug users]. Praha, 2013. 123 s., 5 příl. Diplomová práce (Mgr.). Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Klinika adiktologie. Vedoucí práce Janíková, Barbara.



## Obsah

Abstrakt .....	8
Abstract .....	9
1. ÚVOD .....	11
2. TEORETICKÁ ČÁST .....	13
2.2. Užívání návykových látek .....	13
2.2.1 Kategorie užívání návykových látek.....	13
2.2.2 Způsoby aplikace drog .....	14
2.2.3 Injekční užívání drog .....	14
2.2.4 Vzorce injekčního užívání drog .....	15
2.3. Harm reduction a nízkoprahové služby pro injekční uživatele drog.....	17
2.3.1 Harm reduction .....	17
2.3.2 Nízkoprahový přístup a nízkoprahové programy .....	18
2.3.3 Terénní programy .....	19
2.3.4 Kontaktní centra.....	20
2.3.5 Zdravotnická péče poskytovaná v nízkoprahových zařízeních .....	21
2.3.6 Zdravotní poradenství a ošetření.....	22
2.4 Somatické komplikace a komorbidita u injekčních uživatelů drog.....	23
2.4.1 Lokální a invazivní infekce u injekčních uživatelů drog.....	24
2.4.2 Orgánová a systémová postižení u injekčních uživatelů drog.....	25
2.4.3 Krví a sexuálně přenosné infekce u injekčních uživatelů drog .....	26
3. VÝZKUMNÁ ČÁST .....	28
3.1. Výzkumné cíle.....	29
3.2. Výzkumné otázky .....	30
3.3. Výzkumný soubor .....	30
3.4. Sběr dat.....	30
3.5. Metoda získávání dat.....	31
3.6. Metody analýzy dat .....	32
3.7. Etika.....	33
3.8. Analýza dat.....	33
3.8.1 Popis výzkumného souboru .....	33
3.8.2 Poskytování informací IUD o somatických komplikacích.....	36
3.8.3 Zdravotní ošetření somatických komplikací IUD.....	37

3.8.4	Somatické komplikace IUD.....	38
3.8.5	Způsoby řešení somatických komplikací IUD.....	39
3.8.6	Informace a dovednosti týkající se somatických komplikací IUD....	44
3.9.	Diskuze.....	47
4.	ZÁVĚR .....	52
	Literatura.....	54
	Příloha č. 1: .....	60
5.	Metodika zvládnání somatických komplikací IUD.....	60
5.1.	Základy ošetřování ran a příprava klientů k hospitalizaci.....	61
5.2.1	Rány .....	61
5.2.2	Převazy a ošetřování pomocí obvazů.....	62
5.2.3	Příklady používaných léčivých přípravků .....	65
5.2.4	Klient ve zdravotnickém zařízení .....	67
5.3.	Bakteriální infekce kůže a měkkých tkání.....	70
5.3.1	Prevence infekcí u injekčních uživatelů drog.....	70
5.3.2	Abscesy .....	71
5.3.3	Flegmóny .....	76
5.3.4	Hnisavý zánět kůže, impetigo.....	77
5.3.5	Bércové vředy .....	78
5.4.	Infekce krevního řečiště .....	80
5.4.1	Povrchové záněty žil.....	80
5.4.2	Hluboká žilní trombóza .....	81
5.4.3	Infekční endokarditida .....	83
5.5.	Parazitární onemocnění kůže.....	85
5.5.1	Zavšivení.....	85
5.5.2	Svrab .....	86
5.6.	Mechanické rány .....	87
5.7.	Termické rány.....	88
5.7.1	Popáleniny .....	88
5.7.2	Omrzliny .....	90
5.8.	Syfilis.....	91
5.9.	Krví přenosné infekce .....	93
5.9.1	Charakteristika virových hepatitid.....	93
5.9.2	Virová hepatitida B.....	95

5.9.3	Virová hepatitida C .....	95
5.9.4	HIV/AIDS .....	96
Příloha č. 2	– Dotazník.....	98
Příloha č. 3	– Vzor doporučení .....	105
Příloha č. 4	- Postup přikládání elastického obinadla .....	106
Příloha č. 5	- Fotodokumentace .....	108

## **Abstrakt**

**VÝCHODISKA:** Užívání drog je společenským problémem s dopady nejen v psychosociální oblasti, ale tak i v oblasti somatických onemocnění. Způsob života injekčního uživatele drog (IUD) vede ke zvýšenému riziku vzniku chorob infekční i neinfekční povahy. Pracovníci nízkoprahových služeb jsou mnohokrát první, kteří se setkávají se zdravotními obtížemi injekčních uživatelů drog a často přebírají iniciativu při řešení těchto komplikací. Zmapováním způsobů řešení somatických komplikací injekčních uživatelů drog pracovníky nízkoprahových služeb bychom reagovali na potřeby pracovníků zpracováním metodiky.

**CÍLE:** Hlavním cílem výzkumu je zmapovat způsoby řešení somatických komplikací injekčních uživatelů drog pracovníky nízkoprahových služeb pro uživatele drog v hl. m. Praha.

**METODY:** K výzkumu byla použita metoda dotazníkového šetření. Pro analýzu dat byla zvolena deskriptivní statistika a pro zhodnocení standardizovaných otázek dotazníku metoda zakotvené teorie.

**SOUBOR:** K účasti této studie bylo vyzváno všech 7 nízkoprahových zařízení pro uživatele drog v hl. m. Praha. Studie se zúčastnilo 38 respondentů (39 % terénní programy, 53 % kontaktní centrum, 8 % kombinované služby).

**VÝSLEDKY:** Studie ukázala, že všichni respondenti poskytují informace IUD o somatických komplikacích a 87 % respondentů provádí zdravotní ošetření IUD. Studie také popsala somatické komplikace IUD, se kterými se respondenti setkávají, způsoby řešení somatických komplikací IUD a komplikace při jejich řešení, subjektivní míru schopností a dovedností pracovníků v oblasti somatických komplikací a způsoby vzdělávání ve zdravotnické problematice IUD.

**ZÁVĚR:** Na základě analýzy dat byla zpracována metodika zvládnutí somatických komplikací IUD pro pracovníky nízkoprahových služeb.

**Klíčová slova:** problémové užívání drog – somatické komplikace – abscesy – flegmóny – infekční onemocnění – mechanická poškození

## **Abstract**

**BACKGROUND:** Drug abuse is a social problem with psychosocial and physical complications. The lifestyle of injection drug users (IUD) increases the risk of infectious as well as of non-infectious diseases. The workers of low-threshold programmes are often the first ones to encounter the physical complications of injection drug users, and the workers are accordingly often the ones who take the initiative in dealing with those complications. Mapping the possible solutions of injection drug users' complications by the workers of low-threshold programmes would respond to the needs for methodological approach widely available to the workers of low-threshold programmes.

**AIMS:** The present thesis aims to describe the possible solutions to physical complications of injection drug users through mapping the solutions in the practice of the low-threshold programmes workers for drug users in Prague.

**SAMPLE:** All the seven low-threshold programmes facilities based in Prague were appealed to participate on the research. Thirty eight respondents participated in the study (39 % outreach programs, 53 % drop-in centre, 8 % combined services)

**METHODS:** The present research was carried out via questionnaire research. The output data was analysed through descriptive statistics. The standardized questions of the questionnaire were analysed using grounded theory method.

**RESULTS:** The study prove that all the respondents provide UID with information about physical complications, and that 87 % of the respondents provided UID with medical treatment. The study also described the somatic complications of UID, the possible solutions to the recurring somatic complications of UID and the problems arising due those somatic complications. The study also presents the description of subjective abilities and skills of the workers in the field of somatic complications, and the methods of training in IUD's medical issues.

**CONCLUSIONS:** Based on the research data analysis, the present thesis introduced the methodology of physical complications control and treatment for the workers of low-threshold services.

**Key words:** problem drug use – physical complications – abscess – phlegmona – infection diseases – mechanical damage

## 1. ÚVOD

Užívání drog je společenským problémem s dopady nejen v psychosociální oblasti, ale tak i v oblasti somatických onemocnění. Způsob života injekčního uživatele vede ke zvýšenému riziku vzniku chorob infekční i neinfekční povahy (Minařík, Hobstová, 2003). Somatická komorbidní onemocnění mohou být vážnějším problémem než závislost na psychotropních látkách. Často jsou to onemocnění s nepříznivou prognózou v kombinaci se závislostí jako primárním problémem, v jiném případě se jedná i o neléčitelné poruchy, které je možno pouze stabilizovat (př. HIV/AIDS). Příčiny somatických komplikací u uživatelů drog mohou být i fyzikálně-chemické (Minařík, Řehák, 2008).

Způsob života, hygienické podmínky, výživa a pravidelné injekční užívání drog jsou faktory, které ohrožují zdravotní stav uživatelů drog výrazněji než nedrogovou populaci. Životní prostor uživatele drog bývá omezen na prostředí otevřené či uzavřené drogové scény. Uživatelé drog nevyhledávají žádné specializované zdravotnické instituce, pokud to opravdu není nutné. Ambulantní či lůžková zdravotnická zařízení jsou pro injekční uživatele drog instituce s vysokým prahem a mnohokrát do těchto institucí přicházejí s dávkou strachu ze stigmatizace a nedůvěry (Dvořák, 2012). Aktivní uživatelé drog nedostatečně spolupracují a až na výjimky nejsou schopni dodržovat léčebný režim (Minařík, Řehák, 2008). Své zdravotní obtíže většinou řeší zvýšením dávky drogy. Pracovníci nízkoprahových kontaktních center či terénních programů jsou většinou ti, kteří jako první přebírají iniciativu k řešení somatických komplikací uživatele drog (Dvořák, 2012).

Služby pro snižování rizik u injekčních uživatelů drog jsou často poskytovány mimo zdravotnický systém, většinou se jedná o zařízení sociálních služeb, i tak tyto služby poskytují zdravotnické výkony, tedy ošetření a testy na infekční choroby (Burešová, 2012).

V ČR v roce 2011 provedly nízkoprahové služby cca 9 500 zdravotních ošetření, z toho v hl. m. Praha celkem 3 970 (Mravčík et al., 2012). V praxi lze zpozorovat nejistoty pracovníků nízkoprahových služeb (především bez zdravotnického vzdělání) při poradenství s klientem o zdravotních komplikacích a následně i nejistotu v ošetřování těchto komplikací, jelikož nemají v této oblasti dostatek ucelených informací. Je vycházeno především z rozhovorů s pracovníky HR (harm reduction) služeb.

Teoretická část diplomové práce se věnuje charakteristice injekčních uživatelů drog, nízkoprahových služeb pro uživatele drog, zdravotnické péči poskytované v rámci těchto programů a základním informacím o somatických komplikacích injekčních uživatelů drog.

Hlavním cílem výzkumu je zmapovat způsoby řešení somatických komplikací injekčních uživatelů drog pracovníky nízkoprahových služeb pro uživatele drog v hlavním městě Praha. Výzkumná část diplomové práce bude věnována především výsledkům výzkumného šetření. Jako metoda sběru dat byl zvolen elektronický dotazník. Data budou analyzována pomocí deskriptivní statistiky, otevřené otázky dotazníku budou analyzovány pomocí metody zakotvené teorie. K účasti této studie bylo vyzváno všech 7 nízkoprahových zařízení pro uživatele drog v hl. m. Praha. Cílem metodiky bude reagovat na potřeby pracovníků nízkoprahových služeb.



## **2. TEORETICKÁ ČÁST**

Teoretická část práce vychází z dostupné odborné literatury. V této úvodní části jsou vysvětleny základní pojmy týkající se užívání návykových látek, přístupu harm reduction a nízkoprahových služeb pro uživatele drog a somatických komplikací injekčních uživatelů drog. Cílem je představení a poznání všech souvislostí týkající se injekčního užívání drog, služeb pro tuto cílovou skupinu a somatických komorbidit spojených s injekčním užíváním drog.

### **2.2. Užívání návykových látek**

Naše společnost má v případě užívání návykových látek tendenci pohlížet na uživatele drog jako na jednotnou skupinu. Skutečnost, ale není tak jednoduchá a v praxi se lze setkat s různými kategoriemi užívání ilegálních drog. První část kapitoly představuje kategorie užívání návykových látek a způsoby aplikace drog. Další část se věnuje injekčnímu užívání drog a jejich vzorcům.

#### **2.2.1 Kategorie užívání návykových látek**

- Abstinence – je naprosté se zdržení užívání jakékoliv látky měnící vědomí.
- Experimentální – je jednorázová zkušenost s návykovou látkou, kterou člověk užije nejvýše 2-3x za život.
- Rekreační – neboli příležitostné užívání návykové látky (př. o víkendech, na párty apod.), které je zakomponované do životního stylu a nepůsobí uživateli zdravotní a/nebo sociální problémy (Radimecký, 2007). Somatické komplikace u experimentátorů či rekreačních uživatelů bývají nejčastěji akutního rázu, spojené se specifickým účinkem drogy nebo nevhodným způsobem aplikace (Minařík, Řehák, 2008).
- Problémové – dlouhodobé a/nebo injekční užívání heroinu, kokainu nebo amfetaminu, jež může způsobit závažné zdravotní a/nebo sociální problémy a může mít i nepříznivé dopady na sociální okolí uživatele.
- Závislé – je nepřetržitě pravidelné užívání návykové látky, které jednoznačně určuje životní styl uživatele, působí mu poškození

somatického, psychologického a sociálního zdraví. Též může mít i nepříznivé dopady na jeho okolí (Radimecký, 2007).

### **2.2.2 Způsoby aplikace drog**

Dějiny drog a způsoby jejich užívání jsou dlouhé a pestré. Drogy mohou být užívány několika způsoby. Způsob podání, kterým je látka zavedena do těla, je označován jako aplikace.

- Injekční aplikace – je nejrizikovější způsob užívání drog, jelikož dochází k vpravení toxické látky i s nežádoucími příměsemi a mikroorganismy do krevního řečiště.
- Šňupání (sniffing) – méně rizikovější způsob aplikace. Branou pro vstup je nosní sliznice, která bývá často poškozena a může dojít až ke ztrátě čichu.
- Inhalace – ke vstřebání účinné látky dochází v plicních sklípcích. Rizikem je poškození plic.
- Perorální aplikace (ústí) – zde je riziko předávkování, vzhledem k pozdějšímu nástupu účinku látky (Minařík, Hobstová, 2003).

### **2.2.3 Injekční užívání drog**

Pojem injekční užívání drog (zkratka IUD, též pro injekční uživatele drog) znamená nelékařská injekční aplikace psychotropních a omamných látek (Korčišová et al., 2004). IUD nahrazuje termín nitrožilní či intravenózní užívání drog, jelikož je možné injekce kromě žil aplikovat do svalu (intramuskulárně) či pod kůži (subkutánně) (Kalina, 2001). Tento způsob aplikace má velmi špatnou pověst, jak mezi širokou veřejností, tak i mezi samotnými uživateli drog.

Injekční aplikace je nejčastěji spojována s tzv. problémovými uživateli drog. Evropské monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti (dále EMCDDA) definuje problémové užívání drog takto: intravenózní užívání drog a/nebo dlouhodobé či pravidelné užívání opiátů a/nebo drog amfetaminového typu

a/nebo kokainu (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2009).

Stejně jako v jiných evropských zemích je i v České republice (ČR) injekční užívání drog velmi oblíbenou záležitostí. EMCCDA (2010) uvádí, že počet aktivních injekčních uživatelů drog v celé Evropské unii by mohl odpovídat mezi třičtvrtě až jedním milionem. Mravčík et al. (2012) odhadují, že v roce 2011 bylo v ČR přibližně 40 200 problémových uživatelů drog, z toho 30 900 uživatelů pervitinu, 4 700 uživatelů heroinu a 4 600 uživatelů buprenorfinu (především Subutexu®). Do těchto odhadů nebyli zahrnuti uživatelé kokainu. Počet injekčních uživatelů drog v ČR byl odhadnut na 38 600. V kontaktu s nízkoprahovými programy v ČR je cca 25 300 IUD. Počet IUD v hl. m. Praha se odhaduje na 10 900.

#### **2.2.4 Vzorce injekčního užívání drog**

Trendy injekčního užívání se měří obtížně. Údaje ze sledování léčby naznačují, že střednědobý trend je sestupný a že mezi novými uživateli opiátů v Evropě jsou nyní injekční uživatelé v menšině (EMCCDA, 2010). Injekční užívání drog je úzce spjato se stigmatizací (nálepkováním) a marginalizací (vytlačení na okraj společnosti). Často se koncentruje v komunitě s vysokou mírou sociálního znevýhodnění a u osob s problémy v oblastech fyzického či duševního zdraví, chování a sociální přizpůsobivosti.

Příčiny injekční aplikace drog často nejsou jasné, ale může jich být hned několik:

- Ekonomické důvody a čistota drog: injekční užívání je lacinější v porovnání s jinými způsoby aplikace drog. Uživatel drog, který aplikuje látku denně, potřebuje pro svou existenci mnoho finančních prostředků. V případě, že látku např. inhaluje, je jeho denní spotřeba několikrát vyšší, než když látku injikuje. Finanční náklady na drogu při injekčním užívání jsou minimálně čtyřnásobně nižší proti jinému způsobu aplikace (Jirešová, Javorková, 2003). Uživatelé také mohou přecházet k lacinějším

a více rizikovým látkám. Jde o komplexní problém, který nasvědčuje tomu, že nabídka a dostupnost drog může mít nepředvídatelný vliv na injekční užívání (Korčišová et al., 2004).

- Sociální důvody: pro uživatele drog je způsob užívání určitým rituálem, který se naučili. Silný vliv na vytváření takovýchto rituálů má jejich referenční skupina, např. kamarádi (Jirešová, Javorková, 2003). Tyto vzorce mohou někdy vycházet z místních tradic a subkulturních zvyklostí, k rozdílům dochází i na území města (Korčišová et al., 2004). Právě zautomatizované rituály mohou mít u dlouhodobých uživatelů vliv na to, že se je nedaří ovlivnit ve smyslu změny chování k bezpečnější aplikaci (Radimecký, Janíková, Zábranský, 2009).
- Osobní důvody: pocitová úroveň prožívání při injekční aplikaci je násobně intenzivnější než při jiném způsobu aplikace. Efekt je neporovnatelně rychlejší a je při tom silnější nástup účinku drogy. Mnozí uživatelé označují tento stav za úžasný a jiným způsobem nedosažitelný (Jirešová, Javorková, 2003). Injekční užívání může mít i vysoce rizikové okolnosti, ke kterým dochází díky nutkání užít drogu, těmi jsou: nevhodné hygienické podmínky k aplikaci, nedostatek čistých injekčních stříkaček, bezdomovectví, odnětí svobody, poskytování sexuálních služeb, kulturní izolovanost migrantů, represivní přístup policie, který vede k injekčnímu užití v rychlosti.

Občasní či začínající injekční uživatelé jsou vystaveni vysokému riziku, že použijí cizí stříkačku nebo se předávkují. Nebezpečí infekcí a dalších zdravotních komplikací se zvyšuje počtem aplikací a délkou injekčního užívání (Korčišová et al., 2004). Z výzkumu Imp.Ac.T (Vejrych, Minařík, 2012) mezi problémovými uživateli drog (PUD) bylo zjištěno, že z 869 testovaných osob sdílelo v posledních 4 týdnech injekční stříkačku 31,4% PUD. Jako hlavní důvod uvádějí sdílení s partnerem.

Pravidelní uživatelé drog si mohou postupně poškodit žíly na pažích, poté aplikují na jiná a nebezpečnější místa, např. do krku, podpaží, třísel, nohou apod. Případně tato místa využívají kvůli utajení (Kalina, 2001). Dále je u nich pozorován nárůst spotřeby stříkaček s větším objemem a injekčních jehel s delším hrotem, potřebných právě k aplikaci do hůře dostupných míst na těle (Radimecký, Janíková, Zábanský, 2009).

### **2.3. Harm reduction a nízkoprahové služby pro injekční uživatele drog**

V této kapitole se dostávám k charakteristice přístupu harm reduction a nízkoprahových služeb pro injekční uživatele drog. Do sítě těchto služeb patří terénní programy a kontaktní centra. Kapitola následně popisuje zdravotnickou péči poskytovanou prostřednictvím těchto služeb.

#### **2.3.1 Harm reduction**

Přístup k návykovým látkám a jejich uživatelům se historicky proměňoval dle toho, jak vnímala společnost návykové látky, jejich uživatele a příčiny užívání. Harm reduction (HR) vnímá jako problém vztah mezi bytostí a užívanou substancí, který se může měnit a vyvíjet v čase. Termín „harm reduction“ v překladu znamená „snižování poškození/škod“. Termín je používán v mnoha spojeních: HR jako pilíř protidrogové politiky, HR jako program výměny jehel, HR jako přímá intervence směrem ke klientovi, která se týká bezpečnějšího užívání drog apod. V užším pojetí můžeme HR definovat jako soubor praktických strategií bezpečnějšího užívání návykových látek a zahrnuje strategie od bezpečnějšího užívání až po abstinenci. HR strategie se snaží pracovat s klienty „tam, kde právě jsou“ a zaměřuje se na okolnosti užívání i na užívání samotné.

Přístup „harm reduction“ vznikl z přístupu „public health“ (ochrana veřejného zdraví), jež vznikl v souvislosti se šířením viru HIV a sleduje ochranu celé společnosti zejména před přenosem závažných infekčních onemocnění

(př. HIV, hepatitidy B a C, tuberkulózy). Na rozdíl od přístupu „public health“, který je zaměřen na ochranu celé společnosti, klade přístup harm reduction důraz na individuální potřeby uživatele drog (Janíková, 2008).

Přístup HR dle Hunta (2003):

- vyhýbá se zhoršování poškození způsobené užíváním drog,
- zachází s uživateli drog jako s lidskou bytostí a s důstojností,
- maximalizuje možnosti intervence,
- je založen na upřednostnění dosažitelnosti cílů,
- je neutrální k legalizaci či dekriminalizaci,
- je odlišený od války proti drogám.

### **2.3.2 Nízkoprahový přístup a nízkoprahové programy**

Nízkoprahový přístup naplňuje odborný program, který je přístupný komukoliv bez dalších nároků nebo stanovených omezení. Cílem je oslovit a dostat se do kontaktu s co největším počtem osob. Program by neměl stavět bariéry, které by mohly bránit uživatelům drog nebo jejich blízkým službu využít. Do programu může přijít kdokoliv, není třeba sjednávat schůzku již za promyšleným účelem. Během kontaktu je pro klienty v kontaktu s odborníkem důležitá anonymita (často z obavy ze ztráty zaměstnání či reakce okolí), což programy umožňují. Většinou je pracovník služby vůbec prvním, kdo s klientem o své situaci hovoří.

Na osobu přicházející do programu nejsou kladeny nároky na abstinenci, program je určen aktuálním uživatelům drog, pro které je abstinence v krátkodobém horizontu nereálná. Nízkoprahová služba musí být dostupná v prostoru a čase. Klient si může program i nabízené služby vybrat, přičemž každý má svá stanovená pravidla pro využívání. Posledním a důležitým znakem je individuální přístup ke klientovi (Janíková, 2008).

Mravčík et al. (2011) uvádí, že nízkoprahové služby jsou důležitou součástí systému péče o uživatele drog a je s nimi v kontaktu cca 70 % problémových uživatelů drog, v Praze až 80 %. V roce 2011 bylo v ČR 99 nízkoprahových programů – terénní programy a kontaktní centra (Mravčík et al., 2012). Pracují se všemi uživateli, kteří mají o službu zájem, což klade i nároky na pracovníky těchto programů. Nízkoprahové programy jsou také důležitou vstupní branou do dalších služeb (př. substituční program, zdravotnická péče, ambulantní či rezidenční léčba, sociální služby).

Základní cíle nízkoprahových programů:

- zvyšování informovanosti klientů o účincích drog,
- snižování počtu předávkování,
- omezit šíření infekčních onemocnění,
- zvyšování motivace klientů k méně rizikovému chování a ke změně životního stylu směrem k abstinenci (Janíková, 2008).

### **2.3.3 Terénní programy**

Standardy odborné způsobilosti definují terénní programy jako službu prvního kontaktu v terénu včetně přístupu harm reduction s cílem ovlivnit motivaci klienta ke změně životního stylu, rizikového chování a k vyhledání příslušných zařízení.

Terénní práce je forma sociální služby realizovaná přímo na ulici, kdy není stanovena délka péče (odvíjí se od potřeb klienta). Služba je uživatelům nabízena aktivně, pracovníci vyhledávají a oslovují potencionální klienty, které jinak oslovit nelze. Tato služba je jedinou, která není poskytována v kamenném zařízení, pracovník přichází do přirozeného prostředí klienta, nikoliv klient za pracovníkem. Při terénní práci je stěžejní navázání prvního kontaktu a získání důvěry.

Nabízené služby terénními programy:

- výměna injekčního materiálu,
- informační servis,
- sociální a zdravotní poradenství,
- poradenská a krizová intervence,
- asistenční služba (Janíková, 2008).

Tým terénních programů klade velký důraz na osobnostní kvality pracovníků. Komunikační dovednosti, tvořivé myšlení a schopnost nekonvenčně jednat jsou alespoň zpočátku důležitější než vzdělání, které je možno postupně doplnit. Výjimkou jsou profese zdravotních sester a sociálních pracovníků, které by měl tým zahrnovat. Profesnímu vzdělávání a růstu by měla být věnována dostatečná pozornost (Hrdina, Korčíšová, 2003).

### **2.3.4 Kontaktní centra**

Kontaktní a poradenské služby zahrnují kontaktní služby, poradenství, motivační trénink, HR programy, diferenciatně diagnostický filtr a zprostředkování léčby v nízkoprahových poradenských centrech, poradenských a preventivních centrech.

Kontaktní centrum je zařízení pro uživatele drog vyznačující se snadným přístupem ke službě, nízkoprahovostí, zachováním anonymity klienta a tím, že po klientovi nevyžadují abstinenci.

Nabízené služby kontaktními centry:

- kontaktní práce – navázání a prohlubování kontaktu s klienty, minimalizace sociálních a zdravotních rizik spojených s užíváním drog,
- poradenství – situační a strukturované (př. předléčebné poradenství),
- výměnný program – výměna injekčního materiálu, distribuce sterilní vody, alkoholových tamponů, filtrů, lžiček, kyseliny askorbové, kapslí, kondomů...



- základní zdravotní péče a první pomoc,
- testování na hepatitidy B, C, virus HIV, syfilis a tuberkulózu (TBC) – slinné či testy z kapilární krve,
- doplňkové služby: hygienický, potravinový a vitaminový servis (Janíková, 2008).

Tým kontaktního centra by měl být multidisciplinární a sestaven tak, aby byly zahrnuty profese, kvalifikace a dovednosti odpovídající různorodé skladbě programu a zároveň byl pružný a schopný dostát často frustrujícím a konfrontačním nárokům nízkoprahové práce. Vzdělávání pracovníků pro uživatele drog by mělo zahrnovat oblast prevence, léčení závislostí, sociální práce, rodinné terapie, individuální a skupinové terapie, krizové intervence a motivačního tréninku. Požadavky na kontaktní a terénní pracovníky či zdravotníky nebo nezdravotníky dle metodického rozdělení není v praxi vždy v souladu s konkrétními možnostmi a potřebami. Určité „společné minimum“, které všichni pracovníci mají ovládat, lze definovat na základě praxe. Tento společný základ kompetencí (tedy co pracovník zná, umí a ví, kdy použít – má informace, dovednosti i etické postoje) se týká oblastí: navázání a udržení kontaktu, kontraktování služby, základní poradenství. Měli by umět postupy krizové intervence, motivačního tréninku, provázet klienta k jiným službám, poskytnutí primární zdravotní péče. Prostor v programu mají i specialisté, např. lékaři, zdravotní sestry, adiktologové, psychologové, psychoterapeuti, speciální pedagogové. Zařazení specialistů má odpovídat potřebám cílové skupiny a profesionální úrovni týmu. Je to ovlivněno koncepcí programu a finančními možnostmi, dovednostmi manažera ve vyjednání spolupráce (Libra, 2003).

### **2.3.5 Zdravotnická péče poskytovaná v nízkoprahových zařízeních**

Služby zdravotnické péče v nízkoprahových zařízeních se především zaměřují na zdravotní stav uživatelů drog, kdy jsou klienti motivováni k méně rizikovým způsobům aplikace drogy, používání sterilního materiálu k aplikaci a přípravě drogy, k bezpečné likvidaci použitého injekčního materiálu.

Mezi tyto služby je řazen výměnný program a výdej doplňkového materiálu (dle Mravčíka et al., 2012; jde o nejvyužívanější službu), testování na přítomnost infekčních onemocnění, základní zdravotnické ošetření, somatické, psychiatrické a psychologické vyšetření, těhotenské testy, krizová intervence a testování na přítomnost omamných a psychotropních látek. Služby pro snižování rizik u injekčních uživatelů drog jsou často poskytovány mimo zdravotnický systém, většinou se jedná o zařízení sociálních služeb, i tak tyto služby poskytují zdravotnické výkony, tedy ošetření a testy na infekční choroby (Burešová, 2012). V této diplomové práci je věnována pozornost pouze zdravotnímu poradenství a ošetření.

### **2.3.6 Zdravotní poradenství a ošetření**

Základní zdravotní ošetření je zákrok provedený v případech onemocnění či poranění bez závislosti na tom, zda se jedná o ošetření onemocnění či poranění spojených s injekční aplikací drog, včetně první pomoci. Dále úkony nahrazují laickou domácí péčí v případech klientů bez domova, př. aplikace mastí, přiložení obvazů a obkladů, výdej předepsaných léků, zajištění tělesné teploty a zákroky při poranění nebo onemocnění. Některé zdravotní obtíže lze vyřešit na místě. Pokud to možné není, odkazuje klienty do příslušných zařízení či radí, kde a jak vyhledat zdravotnickou péči. Zároveň pracovník informuje o rizicích při nedodržení a zanedbání péče. Možno je využít i asistenční služby. O každém zdravotním ošetření by měl být veden záznam (Kolektiv autorů, 2006).

V ČR v roce 2011 provedly nízkoprahové programy v ČR celkem cca 9 500 zdravotních ošetření, z toho v hl. m. Praha celkem 3 970 (Mravčík et al., 2012). Dle poslední zprávy o realizaci protidrogové politiky v roce 2012 terénního programu Sananim, provedl program v roce 2012 celkem 390 základních zdravotních ošetření u injekčních uživatelů drog. Jedná se o speciální projekt Sanitka (mobilní ambulance) tohoto terénního programu, kde mohou dvakrát týdně klienti z otevřené drogové scény využít základního zdravotního ošetření přímo v centru Prahy.

## 2.4 Somatické komplikace a komorbidita u injekčních uživatelů drog

Užívání drog je společenským problémem s dopady nejen v psychosociální oblasti, ale i v oblasti somatických komplikací. Somatická komorbidní onemocnění mohou být závažnější než sama závislost. Náročná je mnohdy i léčba. Cílem této kapitoly je představit nejčastější somatické komplikace IUD, o kterých pojednává odborná literatura. Aktivní uživatelé drog často nedostatečně spolupracují, až na výjimky, nejsou schopni dodržet léčebný režim.

Příčiny somatických komplikací injekčních uživatelů drog mohou být fyzikálně-chemické a infekční. Vznik těchto onemocnění je mnohem komplexnější. Více než u běžné populace se uplatňují faktory související s životním stylem a chováním. Nízký socioekonomický status, nízké hygienické podmínky, nedostatečná výživa, promiskuita a pravidelná injekční aplikace, nesterilní příprava drogy k aplikaci jsou faktory, které celkově ohrožují stav uživatele drog. Paradoxní může být i nedostatek drog a úzkost, která vede k velmi rizikovému chování, jež v konečném důsledku vede k poškození (Minařík, Řehák, 2008). V jiném případě může užívání drog zhoršit již existující chorobné procesy nebo je vyprovokovat jejich latentní formu k manifestaci. Uživatelé drog jsou ohroženi nejen intoxikací či vznikem toxické psychózy, ale nese sebou vyšší riziko úrazů a také se uživatelé častěji stávají oběťmi násilných trestných činů. Velkou část somatických komplikací nesou infekce (Minařík, Hobstová, 2003).

Minařík a Hobstová (2003) rozdělují injekční uživatele dle očekávaných komplikací na dvě skupiny:

- IUD dosud bez závažných zdravotních komplikací – zde je typická krátká anamnéza injekčního užívání, eventuelně vyšší informovanost o možnostech ochrany a jejich dodržování. K devastaci může dojít i při jednorázovém experimentu (př. HIV), vyjma tuto možnost, bývá rozsah poškození malý a naděje návratu k dobrému zdravotnímu stavu při přiměřené léčbě a přerušení užívání je vysoká.

- Dlouhodobí IUD se závažnějším zdravotním poškozením – obvykle jde o klienty s několikaletou anamnézou injekčního užívání. Opakovaně probíhající infekce mohou vést k poškození cévního systému i vnitřních orgánů. Pravděpodobnost zlepšení zdravotního stavu je nízká.

### **2.4.1 Lokální a invazivní infekce u injekčních uživatelů drog**

Lokální či povrchové infekce nejčastěji způsobuje právě injekční aplikace. Tyto infekce, které postihují kůži, měkké tkáně a sliznice, málokdy přivedou injekčního uživatele k lékaři. Většinou proto, že zpočátku nemají velké obtíže, ale mají i nechuť tuto péči vyhledávat, pociťují strach a nedůvěru. Nejčastěji se s těmito komplikacemi setkávají pracovníci nízkoprahových služeb pro IUD a na nich bývá rozhodnutí, zda klienta odeslat k lékaři.

Klinicky se projevují jako kožní ulcerace, impetigo, povrchní a hluboké abscesy, flegmóny a povrchové záněty žil. Tyto procesy se často projevují hnisavou sekrecí, vznikem žlutých krust, otokem, zarudnutím, bolestivostí. Některé komplikace jsou doprovázeny celkovými příznaky infekce a léčba se neobejde bez zásahu lékaře. Jedna ze zahraniční studie naznačuje, že prevalence příznaků těchto infekcí u IUD, jako jsou abscesy nebo povrchové záněty, je v rozmezí od 6% do 36% (Hope, 2010). Infekce kůže a měkkých tkání jsou nejčastější příčinou hospitalizace uživatele drog (Kabelková, 2009). Údaje o situaci v ČR dostupné nejsou, pouze z jednotlivých pracovišť. Z celkového počtu hospitalizovaných uživatelů drog (363) pro infekci na Infekčním centru pro drogově závislé v Motole (2013) bylo s infekcí kůže a měkkých tkání od roku 2010 do června 2013 hospitalizováno 20% uživatelů drog (ostatní infekce zaujímají především hepatitidy, další sexuálně přenosné infekce a jiné). Tyto infekce jsou zde nejčastějším důvodem hospitalizace.

Invazivním onemocněním se rozumí infekce, při kterých bakterie překonají místní obranné mechanismy a dostanou se do cévního řečiště. Tyto infekce mohou být krátkodobé nebo může dojít k sepsi. U IUD se lze často setkat právě s pokročilými stavy, které mohou vyústit v septický šok, při kterém může dojít k selhání více orgánů, př. plic a ledvin. Úmrtnost je vysoká. Nejvíce jsou IUD ohroženy vznikem infekční endokarditidy. U IUD je nejčastěji postižena trojcípá chlopeč v pravém srdci (Minařík, Hobstová, 2003). Infekční endokarditida patří k nejzávažnějším stavům a je na ni třeba myslet u každého horečnatého stavu injekčního uživatele drog. V ČR nejsou údaje o incidenci infekční endokarditidy IUD hromadné, zpravidla se jedná o soubory z jednotlivých pracovišť, nevypovídající o celorepublikové situaci (Hobstová, 2010). Z celkového počtu hospitalizovaných uživatelů drog (363) pro infekci na Infekčním centru pro drogové závislé v Motole (2013) bylo s infekční endokarditidou od roku 2010 do června 2013 hospitalizováno 8% uživatelů drog.

V této souvislosti se je třeba zmínit o parazitárním kožním onemocněním jako je např. svrab, vši, které je u této skupiny také časté.

#### **2.4.2 Orgánová a systémová postižení u injekčních uživatelů drog**

Injekční aplikací drog vždy dochází k mechanickému poškození cévního systému. Aplikace nesterilních roztoků vedou k tromboflebitidě. Ta se jeví jako bolestivé zatvrdnutí žíly. Probíhající záněty vedou ke ztluštění cévní stěny a zúžení cévy. Uživatelé s dlouholetou praxí mají většinou omezený počet vhodných míst k aplikaci a uchylují se na aplikaci do velkých cév, kde může dojít k zánětu hlubokých žil. V případě utržení sraženiny může dojít k plicní embolii a srdečnímu selhání. Nedojde-li k zahojení žilní trombózy, vzniká neprůchodnost žilního systému s rozvojem chronické žilní nedostatečnosti. Toto vede k tvorbě nehojících se bércových vředů dolních končetin a vzniku opakujících se infekčních onemocnění, které vyžadují pravidelnou ambulantní péči, někdy i hospitalizaci. Opakované vstupy do žil nesou riziko vzniku mikrotraumat

vedoucí k tvorbě trombóz, následné ischemii okolních tkání, případně tvorbě abscesů.

U IUD je nejčastější plicní onemocnění. Uživatelé opiátů mají větší sklony k zápalům plic díky hypoventilaci plicních okřsků. Další možnou komplikací u těchto klientů je plicní otok. Aplikované pevné částičky, které jsou v injekčním roztoku, jsou krví zaneseny do plicních kapilár a způsobují mikroembolizaci. Dále také cizorodé částičky mohou způsobit pneumonitity (zánětlivé reakce plic).

Po dlouhodobém injekčním užívání a opakovaných infekcích dochází k poškození ledvin. Pokročilá stádia onemocnění si zpravidla vynutí dialyzační léčbu (Minařík, Řehák, 2008).

### **2.4.3 Krví a sexuálně přenosné infekce u injekčních uživatelů drog**

Krví přenosné infekce patří mezi nejčastější a nejzávažnější komplikace injekční aplikace drog. Nejčastěji jde o viry hepatitidy B, C a infekci HIV. Nejčastější příčinou je sdílení injekčního materiálu mezi injekčními uživateli. Vejrych a Minařík (2012) ve studii Imp.Ac.T zjistili, že 31,4% poprvé testovaných IUD na infekční onemocnění sdílelo injekční náčiní v posledních 4 týdnech.

V morbiditě IUD, kvůli jejich promiskuitnímu způsobu života, figurují také sexuálně přenosné infekce. Mezi časté sexuálně přenosné infekce patří syfilis, často také spojovaný s prostitucí uživatelů drog, kteří takto získávají finanční prostředky na drogy. Data o výskytu rizikového chování u případů pohlavně přenosných onemocnění ukazují poměrně vysoký výskyt komerčního sexu a injekčního užívání drog (Nechanská, 2013).

Injekční aplikace drog je v ČR minoritním způsobem nákazy HIV a incidence je již několik let pod 1% (Mravčík et al., 2012). Ke konci srpna 2013

je v ČR celkový počet HIV pozitivních 2 039, z toho 86 IUD (Státní zdravotní ústav, 2013).

Ze všech případů virové hepatitidy C (dále VHC) v ČR zaujímají IUD přibližně 60 %. V roce 2011 bylo hlášeno celkem 812 případů VHC, z toho 506 IUD (Mravčík et al., 2012). Většina infikovaných osob si nejsou infekce VHC vědoma, jelikož v časných fázích nemá žádné specifické příznaky. V roce 2010 se na VHC odhadem léčilo celkem 780 osob z toho 380 IUD (aktivních i bývalých), léčbu dokončilo 80 %. Aktivní uživatelé jsou léčeni spíše výjimečně kvůli obavě z nízké adherence (Mravčík, 2012). Z dalšího průzkumu infekcí mezi injekčními uživateli drog (Vejrych, Minařík, 2012) prováděného v nízkoprahových službách v Praze z celkového počtu 869 testovaných osob bylo 311 reaktivních na protilátky VHC, z těchto reaktivních osob 84,9 % nedorazilo ke konfirmačnímu vyšetření. Bariéry návštěvy zdravotnického zařízení a další zdravotní péče jsou pravděpodobně v motivaci klientů.

Výskyt nových případů virové hepatitidy B (VHB) u IUD v letech 2010 a 2011 je stejný, celkem 76 IUD (Mravčík et al., 2012).

V letech 2000 – 2012 bylo zjištěno celkem 20,8 % případů syfilis u komerčních sexuálních pracovníků a 16,5 % infikovaných bylo současně také IUD. V rámci projektu Imp.Ac.T (Vejrych, Minařík, 2012) se provádělo také testování problémových uživatelů drog na protilátky syfilis. Celkem bylo reaktivních 25 participantů. Podařilo se, že 72 % reaktivních osob dorazilo ke konfirmaci z plné krve a z toho 83 % pozitivně konfirmovaných úspěšně dokončilo léčbu.

### 3. VÝZKUMNÁ ČÁST

Výzkumná část navazuje na teoretické podklady této práce a empirické pozorování na tomto poli. Služby pro snižování rizik u injekčních uživatelů drog jsou z podstatné části zajišťovány mimo zdravotnický systém, pouze tři zařízení v ČR jsou registrovaným zdravotnickým zařízením. Burešová (2012) uvádí, že 90 % NS služeb provádí zdravotní ošetření. Tyto služby nejčastěji zaměstnávají sociální pracovníky. Co se týče zdravotnických odborností, třetina zaměstnává zdravotní sestru a 30 % má v týmu adiktologa. Zájem o změnu statutu zařízení zvažuje polovina, nicméně na transformaci se zatím zařízení nijak zvlášť nepřipravují.

Pracovníci NS mnohokrát přebírají iniciativu při řešení somatických komplikací u IUD a ošetřují, jelikož IUD často do zdravotnického zařízení (nemocnice či specializované ambulance lékařů) nedocházejí. V ČR v roce 2011 provedly NS v ČR cca 9 500 zdravotních ošetření, z toho v hl. m. Praha celkem 3 970 (Mravčík et al., 2012). V praxi lze zpozorovat nejistoty pracovníků nízkoprahových služeb (především bez zdravotnického vzdělání) při poradenství s klientem o zdravotních komplikacích a následně i nejistotu v ošetřování těchto komplikací, jelikož nemají v této oblasti dostatek ucelených informací. Je vycházeno především z rozhovorů k této problematice s pracovníky HR služeb.

Dosud nebyl uskutečněn výzkum, který se zabýval způsoby řešení somatických komplikací injekčních uživatelů drog pracovníky nízkoprahových služeb, proto jsme se rozhodli výzkum zrealizovat. Dosavadní výzkumy se zabývaly např. v rámci projektu Imp.Ac.T (Vejrych, Minařík, 2012) mapováním rizikového chování injekčních uživatelů drog, infekcemi HIV, tuberkulózy, VHC, syfilis a sociálního statusu problémových uživatelů drog. Dále každoročně pod NMS probíhá (Mravčík et al., 2013) monitoring testování infekčních nemocí v nízkoprahových službách, Hobstová (2010) se věnuje infekční endokarditidě IUD. V současné době také probíhá pod NMS studie somatických komorbidit problémových uživatelů drog. Burešová (2012)



se zabývala možnostmi a mezemi poskytování zdravotnické péče v kontextu HR služeb.

Pro účely této práce je výzkum realizován v nízkoprahových službách v hl. m. Praha, kde je v kontaktu s těmito službami až 80 % problémových uživatelů drog (Mravčík et al., 2011).

### **3.1. Výzkumné cíle**

Hlavním cílem výzkumu je zmapovat způsoby řešení somatických komplikací injekčních uživatelů drog (dále IUD) pracovníky nízkoprahových služeb (dále NS) pro uživatele drog v hlavním městě Praha.

Dalšími podcíli diplomové práce je:

- Zjistit, s jakými somatickými komplikacemi se pracovníci v NS nejčastěji setkávají.
- Zjistit současné způsoby řešení somatických komplikací u IUD a komplikace při jejich řešení u pracovníků terénních programů a kontaktních center v hl. m. Praha.
- Zjistit subjektivní míru schopností a dovedností pracovníků NS v oblasti řešení somatických komplikací u IUD.
- Zjistit způsoby vzdělávání pracovníků terénních programů a kontaktních center ve zdravotnické problematice u IUD.
- Na základě zjištění vytvořit metodiku zvládnutí základního zdravotního ošetření a poradenství týkající se somatických komplikací u IUD pro pracovníky nízkoprahových služeb.

Účelem metodiky bude na základě zjištění výzkumu reagovat na potřeby pracovníků v NS. Metodika bude vycházet z odborné literatury, z odborných konzultací s MUDr. Janem Dvořákem z Infekčního centra pro drogově závislé v Motole, zdravotními sestrami TP a KC Sananim a vlastní praxe s uživateli drog. Odborní konzultanti byli předem osloveni a s konzultacemi souhlasili.

### **3.2. Výzkumné otázky**

Poskytují pracovníci NS informace o zdravotních komplikacích uživatelům drog?

Poskytují pracovníci NS zdravotní ošetření uživatelům drog?

S jakými somatickými komplikacemi u IUD se pracovníci NS setkávají?

Jak tyto somatické komplikace u IUD pracovníci NS řeší?

Jaké informace a dovednosti týkající se zvládnání somatických komplikací pracovníci NS postrádají?

Jak se pracovníci vzdělávají ve zdravotní problematice IUD?

Jaké změny by navrhovali v oblasti zvládnání somatických komplikací IUD?

### **3.3. Výzkumný soubor**

Cílovou populaci tohoto výzkumu tvoří pracovníci nízkoprahových programů ze čtyř organizací v Praze. Již před zahájením výzkumu bylo osloveno sedm programů v Praze. Těmito programy jsou terénní programy Sananim, Drop-in, Progressive a Eset Help, dále kontaktní centrum Sananim, Drop-in a Stage 5. Všechny programy s účastí ve výzkumu souhlasily. Plánovaný počet respondentů byl 56 (= celkový počet všech pracovníků výše uvedených NS dle údajů vedoucích zařízení).

Pro získání respondentů této studie byla zvolena metoda záměrného (účelového) výběru. Účastníci byli vybráni dle předem stanovených kritérií (Miovský, 2006). Stanovenými kritérii je být pracovníkem minimálně jednoho z výše zmíněného nízkoprahového programu pro injekční uživatele drog v Praze, vyplnění dotazníku a ochota spolupráce. Jedná se o základní soubor.

### **3.4. Sběr dat**

V rámci studie byla oslovena všechna odborná zařízení v systému harm reduction služeb pro uživatele drog (N = 7) v hl. m. Praha. Sběr dat proběhl ve třech fázích.

Již před zahájením práce (období prosince 2012) byli osobně či prostřednictvím internetu osloveni vedoucí jednotlivých služeb a seznámeni s účelem konání studie. Všichni s účastí souhlasili.

Ve druhé fázi byli e-mailem oficiálně osloveni vedoucí vybraných zařízení a seznámeni s důvodem konání studie. V průvodním dopise byli požádáni o vyplnění dotazníků a rozeslání všem pracovníkům dané služby. Součástí průvodního dopisu byl odkaz na webovou stránku, kde bylo možné dotazník vyplnit. Sběr dotazníků proběhl v časovém období říjen – listopad 2013.

Ve třetí fázi (týden před ukončením sběru dat) byli vedoucí pracovníci služeb znovu zkontaktováni, tázáni na průběh sběru dat, případně požádáni opakovaně rozeslání odkazu na dotazník.

### **3.5. Metoda získávání dat**

K realizaci tohoto výzkumu byla použita metoda dotazníkového šetření. Jak uvádí Ferjenčík (2000), dotazník je jednou z nejjednodušších a nejpoužívanějších metod kvantitativního výzkumu. Dále je dotazník výhodnější tam, kde potřebujeme jednu a tutéž sadu otázek dát velkému počtu respondentů. Výhodou dotazníku je úspora času a financí, a také se data lépe kvantifikují.

Dotazování probíhalo formou internetového dotazníku. Pro výzkum byl vytvořen dotazník, který obsahoval celkem 24 otázek. V úvodní části dotazníku bylo odůvodnění konání studie s popisem výzkumného cíle a pokyny pro vyplňování.

Prvních 6 otázek dotazníku bylo zaměřeno na demografické údaje (pohlaví, věk, typ nízkoprahové služby, délka odborné praxe a odborné vzdělání).

Následující 2 otázky se týkaly poskytování informací o zdravotních komplikacích užívání drog klientům.

Další část se týkala zdravotního ošetření IUD. Obsahovala 7 otázek. Zjišťovali jsme, zda pracovníci vykonávají zdravotní ošetření klientů. V případě, že ošetření nevykonávají, zajímali nás důvody. Pro respondenty poskytující ošetření byly stanoveny další otázky zaměřené na počet provedených ošetření během poslední služby, počet a typ komplikací, které pracovníci řešili během posledního měsíce, následně na způsoby řešení somatických obtíží IUD a problémy při ošetřování.

Poslední část otázek tvořila celkem 9 otázek. Respondentů jsme se dotazovali na subjektivní názory týkající poskytování zdravotní péče v rámci programu, kde pracuje, na navrhované změny v oblasti ošetřování, informovanost o zdravotních komplikacích, způsoby získávání informací a praktických dovedností pro zvládání somatických komplikací IUD a v poslední řadě, co by potřebovali ke své další práci týkající se somatických komplikací IUD.

Otázky v dotazníku byly formulovány tak, aby byly pro respondenta co nejkomfortnější. Dotazník obsahoval všechny tři typy otázek – nestandardizované (též volné), standardizované (též otevřené) a polostandardizované (též polouzavřené/polootevřené).

V pilotní fázi byly vyplněny 2 dotazníky oslovenými kolegy z nízkoprahových programů pro zjištění použitelnosti dotazníku a srozumitelnosti položených otázek. Po vyhodnocení pilotní fáze byl dotazník upraven.

### **3.6. Metody analýzy dat**

Pro samotnou analýzu dat byly použity 2 techniky. Jednalo se především o deskriptivní statistiku. Pro zhodnocení standardizovaných otázek byla aplikována metoda zakotvené teorie, která je obvykle používána v kvalitativním výzkumu.

Jednotlivá data byla v rámci deskriptivní statistiky rozdělena do tabulek či grafů a zpracována pomocí Microsoft Office Excel 2007.

Dle Miovského (2006) je metoda zakotvené teorie induktivně odvozená z procesu zkoumání jevu, který reprezentuje. Její výhodou je schopnost integrovat v rámci kvalitativní analýzy data získávaná odlišným způsobem a využít tak nejen více různých metod získávání dat, ale také využívat různých přístupů v samotné analýze. Při tomto typu analýzy není ověřována teorie, začíná se zkoumanou oblastí a nechají se „vynořit“ významné informace. Dalším postupem bylo otevřené kódování a kategorizace dat.

### **3.7. Etika**

Během výzkumu byla dodržena anonymita všech respondentů.

Respondenti z nízkoprahových programů byli o zachování anonymity seznámeni v úvodu dotazníku.

Dotazníkové šetření jsem provedla osobně.

Dotazníkové šetření, jsem provedla tak, aby neohrozilo jednotlivé členy týmů či celé týmy.

Data neporovnávají nízkoprahová zařízení pro uživatele drog v Praze jednotlivě, ale byla vyhodnocována souhrnně.

Pokud by se respondent cítil při dotazníkovém šetření ohroženě, měl právo odmítnout účast ve výzkumu.

Vedoucím zařízení, ve kterých byl uskutečněn výzkum, nebyly poskytovány informace o jednotlivých členech týmů.

Fotodokumentace somatických komplikací IUD v obrazové příloze byla pořizována vždy s ústním souhlasem klienta. Během fotodokumentace byla dodržována zásada anonymity klienta tak, aby cizí osoba nemohla klienta identifikovat. Klient byl vždy předem informován o účelu fotodokumentace a měl právo provedení fotodokumentace odmítnout.

### **3.8. Analýza dat**

#### **3.8.1 Popis výzkumného souboru**

V období říjen – listopad 2013 bylo provedeno dotazníkové šetření, kterého se zúčastnilo celkem 38 pracovníků ze 7 oslovených nízkoprahových

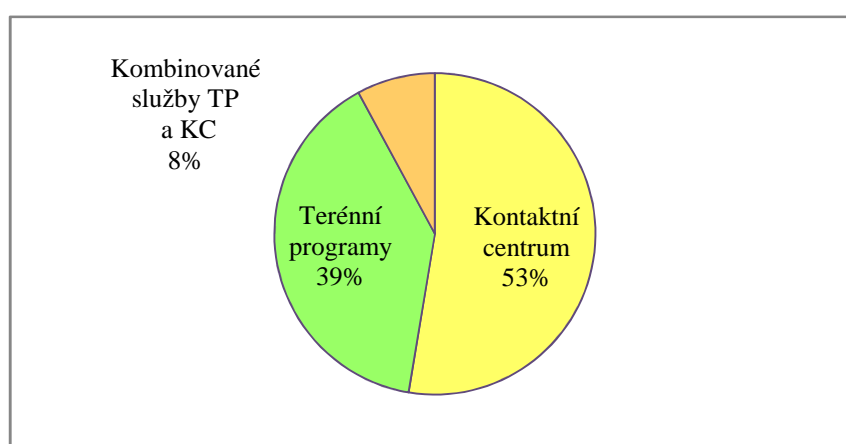
služeb pro uživatele drog v hl. m Praha. Návrstnost dotazníku byla 68 % (dle údajů vedoucích zařízení bylo v těchto službách v době studie celkem 56 pracovníků, pracovníci s kombinovanými úvazky byly počítány pouze jednou). Dotazník vyplnilo 23 žen (60 %) a 15 mužů (40 %). Tabulka č. 1 ukazuje věkové rozmezí respondentů, kteří vyplnili dotazník. Dva nejmladší respondenti uvedli věk 22 let a nejstarší respondent uvedl věk 59 let. Nejpočetnější věková skupina se pohybuje v rozmezí 26 – 30 let, druhou nejpočetnější skupinou byli respondenti ve věku 31 – 35 let. Průměrný věk činí 31 let.

*Tabulka č. 1: Věkové rozmezí respondentů*

Věk	Počet	Počet v %
21 – 25	9	24
26 – 30	13	34
31 – 35	10	26
36 – 40	1	3
41 – více	5	13
<b>Celkem</b>	<b>38</b>	<b>100</b>

Převážná část respondentů pracuje v kontaktním centru a následně v terénním programu. Nejnižší část respondentů má služby kombinovaně v terénním programu a kontaktním centru. Procentuální zastoupení uvádí graf č. 1.

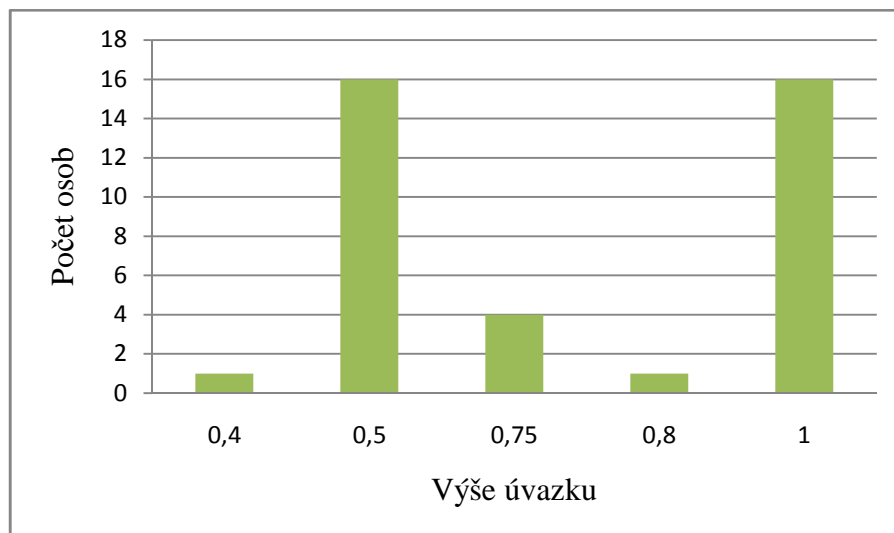
*Graf č. 1: Poměr zastoupení typu zařízení*



Graf č. 2 znázorňuje výši pracovních úvazků respondentů. Výše celého a polovičního pracovního úvazku respondentů je na stejné úrovni. Celkem 16 respondentů pracuje na celý úvazek a 16 respondentů na poloviční

úvazek. Na pracovní úvazek 0,75 pracují 4 respondenti. Pracovní úvazek 0,8 a 0,4 uvádí 1 respondent od každého úvazku.

*Graf č. 2: Výše pracovního úvazku respondentů*



Délku praxe v nízkoprahových službách nejčastěji respondenti uvádějí 3-5 let (37 %), nejméně do 1 roku (5 %). Druhé nejčastější rozmezí délky praxe se pohybuje v rozmezí 1-2 roky (26 %), následně 6-10 let (24 %), 10 a více let (8 %). V terénním programu je nejčastější délka praxe 6 – 10 let (5 respondentů) a v kontaktním centru 3 – 5 let (9 respondentů). Délka praxe v NS dle jednotlivých programů je pro přehled rozdělena do tabulky č. 2.

*Tabulka č. 2: Délka praxe v NS dle jednotlivých programů*

Délka praxe v NS	Počet v TP	Počet v KC	Počet v KC i TP
do 1 roku	2	0	0
1 - 2 roky	4	6	1
3 - 5 let	2	9	2
6 - 10 let	5	4	0
10 a více	2	1	0

Týmy v nízkoprahových službách jsou multidisciplinární. Jako své odborné vzdělání respondenti nejvíce uvádějí sociální práci, celkem 42 % (16). Následně 18 % (7) dotazovaných uvedlo vzdělání adiktologa, 8 % (3) respondentů uvedlo kombinaci adiktologa a zdravotní sestry, 5 % (2) speciální pedagogiku a dalších 5 % (2) pracovníka v sociálních službách. Po jednom

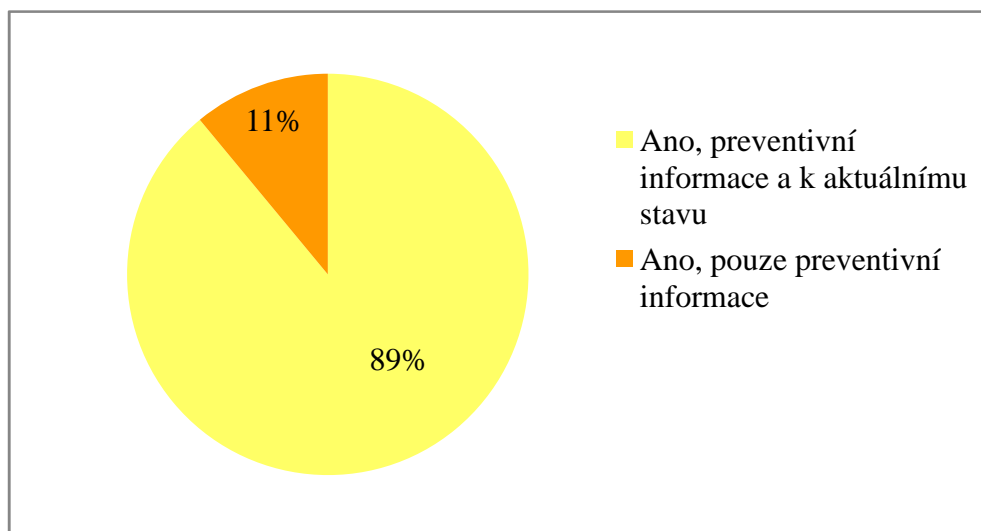
respondenti uvedli vzdělání lékaře, psychologa, zdravotní sestry, sociálního pedagoga, etopeda, zemědělského technika. Dva respondenti (5 %) své odborné vzdělání neuvedli.

### 3.8.2 Poskytování informací IUD o somatických komplikacích

Otázka č. 1: Poskytují pracovníci NS informace o zdravotních komplikacích uživatelům drog?

Všichni účastníci výzkumu (graf č. 3) uvedli, že během hovoru s klientem podávají informace o somatických komplikacích spojených s užíváním drog. Celkem 89 % respondentů uvedlo, že podávají IUD preventivní informace i informace k aktuálnímu zdravotnímu stavu klienta. Zbýlých 11 % (4 respondenti) podává pouze preventivní informace. 3 z těchto respondentů mají společné vzdělání sociálního pracovníka a 3 respondenti mají praxi v NS 1 – 2 roky.

*Graf č. 3: Poskytování informací ke zdravotnímu stavu IUD*



Celkový počet informací ke zdravotnímu stavu, které respondenti podali svým klientům během poslední služby je 171, průměrně během služby podá každý pracovník 5 informací ke zdravotnímu stavu IUD. Nejvíce informací ke zdravotnímu stavu IUD podal během poslední služby jeden účastník studie,



celkem 20. Jeden respondent nepodal během poslední služby žádnou informaci ke zdravotnímu stavu uživatele drog. Nejčastěji podávali účastníci výzkumu během poslední služby 3 informace ke zdravotnímu stavu IUD, celkem 9 respondentů.

### **3.8.3 Zdravotní ošetření somatických komplikací IUD**

Otázka č. 2: Poskytují pracovníci NS zdravotní ošetření uživatelům drog?

Zdravotní ošetření IUD provádí 33 respondentů (87 %), pouze 5 respondentů (13 %) zdravotní ošetření neprovádí.

Důvody, proč účastníci výzkumu ošetření neprovádějí, uvádí každý jiné. Těmito důvody jsou: nejistota v rozpoznání somatické komplikace, nejistota ve výběru vhodného přípravku, nejistota v rozpoznání komplikace i výběru vhodného léčiva. Jeden z respondentů si myslí, že ošetření by měl provádět kompetentní pracovník, který se na ošetření specializuje, proto klienty odkazuje na tyto kolegy. Poslední respondent uvedl jako důvod kombinaci nejistoty v rozpoznání komplikace, výběru vhodného přípravku a nedostatečné manuální zručnosti. Čtyři z těchto respondentů by v budoucnu ošetření nadále provádět nechtěli, jeden z respondentů ano.

Během své poslední služby provedli účastníci výzkumu celkem 55 ošetření, průměrně během služby provede každý pracovník (ten, který ošetřuje) 2 ošetření. Přes polovinu respondentů (55 %) během své poslední služby neprovedli žádné zdravotní ošetření. Nejvíce zdravotních ošetření během poslední služby provedl jeden pracovník, celkem 10. Z provedených ošetření během poslední služby provedli pracovníci nejčastěji 1 ošetření, celkem 5 respondentů (15 %).

### 3.8.4 Somatické komplikace IUD

Otázka č. 3: S jakými somatickými komplikacemi u IUD se pracovníci NS setkávají?

Pro odpověď na tuto otázku byla v dotazníku sestavena tabulka, kde respondenti odhadovali počet provedených intervencí (odkaz do zdravotnického zařízení či ošetření) u konkrétních somatických komplikací IUD v posledním měsíci. Celkem 35 respondentů minimálně jednou ošetřilo či odeslalo IUD do zdravotnického zařízení pro nějakou zdravotní komplikaci. Odhadovaný počet všech provedených intervencí respondentů během posledního měsíce je 1758. Odhad provedených intervencí u jednotlivých somatických komplikací IUD je uveden v tabulce č. 3. Intervence týkající se HIV, infekční endokardity a celkové sepse ve studii ukázali celkem vysoká čísla vzhledem k údajům v teoretické části. Bližší intervence v rámci této studie nebyly prozkoumány. Z výsledků není jasné, zda se jednalo o reaktivní výsledek na protilátky HIV či byli klienti odkázáni k testování na HIV. Můžeme se tedy domnívat, že klienti byli v naprosté většině odesláni k testování. Co se týče sepse a endokardity můžeme se také pouze domnívat, že respondenti měli podezření na tyto somatické komplikace.

Tabulka č. 3: Somatické komplikace IUD – odhadovaný počet intervencí za 30 dní

Somatické komplikace IUD	Počet provedených intervencí	Počet provedených intervencí (%)
Drobná zahnisaná ložiska	251	14,3
Abscesy	249	14,2
Bércové vředy	236	13,4
Nejasné jiné kožní obtíže	215	12,2
Hepatitidy	187	10,6
Mechanická poškození, př. bodné a řezné rány, odřeniny	142	8,1
Záněty žil	111	6,3
Sexuálně přenosné infekce	77	4,4
Parazitární onemocnění, př. svrab, vši	73	4,2
Flegmóny	70	4,0
HIV	47	2,7
Infekční endokarditida	35	2,0
Celková sepe	34	1,9
Popáleniny, omrzliny	27	1,5
Jiné: plísňová onemocnění	2	0,1
Jiné: předávkování	1	0,1
Jiné: epileptické záchvaty	1	0,1
<b>Cekem</b>	<b>1758</b>	<b>100 %</b>

### 3.8.5 Způsoby řešení somatických komplikací IUD

Otázka č. 4: Jak tyto somatické komplikace u IUD pracovníci NS řeší?

Způsoby, kterými respondenti nejčastěji řeší zdravotní komplikace IUD, jsou různé. Nejčastěji, což je 39 % (14) dotazovaných, klienta ošetří a poskytnou mu informace o možných komplikacích, případně odkáže do zdravotnického zařízení. Následně 28 % (10) dotazovaných poskytne klientovi informace a nechá na něm, zda chce dále nějakou péči. Pouze jeden účastník studie klienta odešle do zdravotnického zařízení. Posledních 8 % (3) dotazovaných uvedli jiné způsoby – odkaz ke zdravotníkovi do kontaktních center či k mobilní jednotce (projekt TP Sananim), předání klienta kolegům specializující se na ošetření (případně odkaz do zdravotnického zařízení) a poskytnutí informace o aktuálním stavu a rizicích neošetření, odkaz k lékaři, poté případně klienta ošetří.

Respondenti byli dotazováni na problémy, které mají při poskytování zdravotního ošetření IUD. Nejistota, i přestože dotazovaní mají informace o somatických komplikacích IUD, je nejčastějším problémem 40 % respondentů (14). 20 % (7) dotazovaných uvedlo, že nemají při poskytování zdravotního ošetření somatických komplikací žádný problém. Zajímavé je, že pouze jeden z nich má vzdělání zdravotní sestry v kombinaci s adiktologem, ostatní mají vzdělání pouze adiktologa či jiného oboru. Nedostatek informací týkající se somatických komplikací je pro 9 % (3) respondentů problémem při poskytování zdravotního ošetření. Následně je pro dalších 9 % (3) problémem při ošetřování nedostatečná zručnost. Dva (5 %) z respondentů nemají dostatek informací týkající se ošetřování. Jeden dotazovaný nemá dostatek informací týkající se komplikací i postupů při ošetření (3 %). Zbýlých 14 % (5) dotazovaných uvedlo jiné a následující důvody. Neochota klientů dorazit do zdravotnického zařízení je problémem při ošetřování pro 3 respondenty. Uvádím zde dvě z odpovědí respondentů: „*Neochota klienta jít do zdrav. zařízení, i přes to, že to potřebuje jako sůl. Protože i my v terénu máme své limity a nezvládneme vyléčit všechno.*“ a „*Občas chci aby klient dorazil do zdrav. zařízení. Pokud ho ošetřím, klient považuje zdravotní obtíže za řešené a snižuje se tak šance, že do zdrav. zařízení dorazí.*“ Jeden respondent uvedl jako problém při ošetření nedostatek lékařů, nevhodné prostředí pro ošetření a nedostatek financí na zdravotní materiál. Další z respondentů uvedl jako problém při ošetřování kombinaci odpovědí (blíže neuvedl).

Otázka č. 16 v dotazníku zkoumala, co dle názoru respondentů ovlivňuje poskytování zdravotního ošetření v rámci nízkoprahové služby, kde pracují. Nejvíce dle názoru respondentů poskytování zdravotního ošetření v nízkoprahové službě ovlivňuje nedostatek financí („*Nemáme kvůli finančním limitům k dispozici sterilní obvazový materiál a moderní materiály k ošetření, např. čtverce s aktivním stříbrem apod.*“). Nedostatek financí, ať již na zdravotnický materiál, kvalitní léky, vybavení pro ošetřování či na kvalifikované zdravotnické pracovníky, ovlivňuje 55 % (21) respondentů.

Nepřízpůsobené prostory, prostředí a podmínky pro ošetření je dalším výrazným faktorem pro 47 % (18) dotazovaných, který ovlivňuje zdravotní ošetření. Jeden respondent uvádí: „*Možnost využívat ordinaci kdykoli je potřeba (třeba že neslouží zároveň jako terapie).*“, další naopak uvádí: „*Málo prostoru, chybí nám ordinace.*“. Dva z těchto respondentů zmínili také jako nedostatek nemožnost získat status zdravotnického zařízení a smlouvu s pojišťovnou („*Odpor rezidentů, který implikuje nemožnost získat status zdravotnického zařízení a další prostory*“). Tři respondenty při terénní práci ovlivňuje také počasí, rušná ulice a místo, kde se aktuálně nacházejí („*Velmi často to ovlivňuje lokalita a čas, případně rozsah požadované intervence. Jsou lokality, kde ošetření neprovedu.*“).

Přítomnost zdravotnického personálu na službě, možnost odborných konzultací s lékařem, kvalifikovaní pracovníci a postupná specializace ve zvládnání zdravotních obtíží má vliv na 42 % (16) dotazovaných („*Velmi dobře ovlivňuje přítomnost odborníků - zdravotní sestry, lékaři.*“; „*Záleží, která terénní dvojice má službu. Někteří z nás poskytují více zdravotního ošetření a poradenství.*“). Z těchto respondentů by 6 účastníků studie uvítalo možnost zdravotníka či kvalifikovaného pracovníka na každé službě či v zařízení („*Využili bychom přítomnost lékaře.*“).

Časové možnosti, vysoký počet IUD a nedostatečné personální možnosti jsou pro 26 % (10) respondentů negativní okolnosti, které ovlivňují poskytování zdravotního ošetření („*Čas, klientů je hodně a času málo*“).

Další negativní okolností pro poskytování zdravotního ošetření, jež 24 % (9) respondentů uvádí, jsou samotní injekční uživatelé drog. Respondenti jako okolnosti uvedli stárnutí populace IUD, zhoršená spolupráce klientů, zdravotní stav vyžadující denní péči, neochota uživatelů změnit svou zdravotní situaci a jejich strach z jakékoliv zdravotnické intervence či ošetření. „*Neutěšený zdravotní stav klientů bez domova vyžadující denní péči o své díry, boule, krátery, pahýly apod. Proto ... služba najala zdravotní sestru a lékařku, a zařídila mobilní ordinaci, aby ... mohli alespoň částečně této potřebě vyhovět.*“; „*Limity klienta*

*v kontextu jeho schopnosti dostavit se k ošetření pravidelně a s potřebnou frekvencí.“.*

Pro 16 % (6) dotazovaných je důležité mít v rámci nízkoprahové služby možnost absolvovat kurzy, školení a jiné vzdělávací aktivity, které pozitivněji ovlivňují poskytování zdravotního ošetření, případně by pomohlo do budoucna. Další 5 % (2) respondenti uvedli, že pozitivně zdravotní ošetřování ovlivňuje schopnost a ochota „*nezdravotníků*“ ošetřit klienta.

Jako další okolnosti ovlivňující zdravotní ošetření respondenti uvedli: mít sjednocené postupy v rámci týmu, odmítání klientů zdravotnickými zařízeními, psychická pohoda ošetřujícího, povaha a rozsah somatické komplikace a vedení dokumentace.

Otázka č. 17 v dotazníku zkoumala míru dostatečnosti pro poskytování zdravotního ošetření v nízkoprahovém programu, kde respondenti pracují. V rámci možností a kapacity programu je dle názoru 34 % (13) respondentů míra poskytování zdravotního ošetření dostačující. Co se týče potřeb cílové skupiny (IUD), vnímá 21 % (8) dotazovaných míru poskytování zdravotního ošetření jako nedostatečnou („*Ošetřuje se na úkor testování, každou službu u sanitky je zhruba polovina žádostí odmítnuta, či se na klienty nedostane řada. Potřebovali bychom místo sanitky aspoň autobus, možná dva.*“). Respondenti vnímají také zvyšující se počet i náročnost ošetření („*Ve srovnání s minulostí jasný nárůst počtu i náročnosti ošetření, ale sanitka by se využila i 5dní v týdnu.*“), dále respondenti vnímají nedostatečnou spolupráci nízkoprahových služeb a zdravotnických zařízení (ze strany zdravotnických zařízení – stigmatizaci IUD a neprofesionální přístup).

Pro 29 % (11) respondentů je dle jejich názoru míra poskytování zdravotního ošetření dostačující a pro 13 % (5) respondentů až nadstandardní („*Domnívám se, že v současné chvíli poskytujeme velmi kvalitní ošetření. Většinu dní v týdnu je na službě zdravotní sestra nebo lékař, v ostatních dnech je vždy někdo, kdo zvládá alespoň základní zdravotní ošetření.*“). Nedostatečnou míru poskytování zdravotního ošetření vnímá 18 % (7) dotazovaných, 3 z nich uvedli

jako důvod nedostatek financí na materiál a nedostatečný prostor a další 3 nedostatky kapacity, informací a zdravotníků.

Otázka č. 5: Jaké změny by navrhovali v oblasti zvládnutí somatických komplikací IUD?

Co se týče navrhovaných změn v oblasti zdravotního ošetření, 56 % (19) dotazovaných by navrhovalo rozšíření zdravotnických služeb pro IUD či propojení spolupráce se zdravotnickými zařízeními (nemocnice, ordinace lékařů). Nejčastější představou respondentů je zřízení ambulance lékaře v blízkosti otevřené drogové scény, speciálního ubytování se zdravotnickou službou, zpřístupnění zdravotnické péče pro IUD, více specializovaných lékařů pro IUD (stomatolog, gynekolog) a stálých zdravotníků v týmu a v poslední řadě je představou intenzivnější komunikace mezi jednotlivými zařízeními o tom, co kdo a jak dělá. Jeden respondent uvádí: „*Obecně jsem pro rozšíření zdravotních i sociálních služeb pro IUD, které se týkají všeobecné i specifické lékařské péče a ubytování včetně hygieny. Běžná lékařská zařízení nechtějí IUD ošetřovat.*“.

Dále by 21 % (7) respondentů navrhovalo pravidelné vzdělávání či návody s jasnými a stručnými informacemi jak rozpoznat nejčastější komplikace, jak postupovat a léčit v podmínkách nízkoprahových služeb („*Vymezení jasných a jednoduchých pravidel pro nelékařské pracovníky (vymezení kompetencí) - jednoduchá baterie otázek na klientovu komplikaci, vedoucí k jejímu následnému posouzení - stručný seznam nejdůležitějších otázek, které je třeba klientům klást při posuzování zdravotního stavu - když klienta odešlu k lékaři, a pokud tam klient dorazí, aby ho lékař přijal, popř. lékařské zařízení pro UD.*“).

Motivace klienta k návštěvě lékaře, péče a zájem o klientův zdravotní stav (ze strany pracovníka i klienta) je jednou z důležitých změn, které by v této oblasti navrhovali 12 % (4) dotazovaní.

Stejně tak 12 % respondentů by navrhovalo dostatek financí na vybavení a zdravotnický materiál.

Celkem 21 % (7) respondentů nenavrhuje žádné změny v oblasti zdravotního ošetření IUD. Dva z respondentů by si přáli mít větší prostory pro ošetření. Dalšími 2 návrhy respondentů bylo mít větší klid na ošetření a neprovádět ošetření, není-li si pracovník jist jak provést ošetření správně.

### **3.8.6 Informace a dovednosti týkající se somatických komplikací IUD**

V rámci otázky č. 19 v dotazníku jsem se respondentů tázala na zdravotní komplikace IUD, o kterých mají nejméně informací. Nejméně informací má 49 % (18) respondentů o kožních onemocněních. 6 z nich uvedlo konkrétní příklady kožních obtíží: infekce kůže, impetigo, růže, bércové vředy a kožní vyrážky. 11 % (4) dotazovaných uvedlo, že mají dostatek informací ohledně somatických komplikací. Dalších 11 % konkrétně neví („*Nevím, už jsem se potkal se vším možným.*“). Informace z vnitřního lékařství postrádá 16 % (5) respondentů. Jako příklad uvedli onemocnění trávicího traktu a plicní dysfunkce. O infekční endokarditidě má nejméně informací 11 % (4) účastníků studie. Dva (5 %) respondenti postrádají více informací o parazitárním onemocnění a dva o zdravotních komplikacích obecně. Po jedné z odpovědí uvedli respondenti tyto onemocnění: hepatitida C, infekční onemocnění, HIV, syfilis, tuberkulóza, nejasné stavy, záněty žil, kloubní a svalové obtíže, neurologická onemocnění, komplikace spojené s užíváním nových syntetických drog.

#### Otázka č. 6: Jaké informace a dovednosti týkající se zvládnutí somatických komplikací pracovníci NS postrádají?

Respondenti byli dotazováni na typ informací, které postrádají. Celkem 39 % (13) respondentů, postrádá informace o konkrétních postupech při ošetření. Jako příklady ošetrovatelských postupů respondenti uvedli: jak postupovat v případě omezeného zdravotnického materiálu a nedostatečných hygienických podmínek, jak šetrně sundat obvazové krytí, obvazové techniky a příklady



postupů z jiných zařízení. „Ucelenou metodiku (ošetřovatelské postupy) pro ošetřování chronických ran - mám tím na mysli hlavně v závislosti na omezení finančních prostředků, tzn. jak ošetřovat rány co nejlépe, když mám k dispozici pouze ten a ten materiál a je vůbec možné za těchto podmínek poskytnout naší klientele dostatečnou péči?“. Informace týkající se charakteristiky onemocnění a průběhu postrádá 21 % (7) respondentů. Stejně tak 7 účastníků studie postrádá informace o nejpoužívanějších léčivých přípravcích, konkrétně jejich použití na typické obtíže. Po 2 odpovědích ke každému respondentovi uvedli, že nejvíce postrádají: komplexní informace, obrazovou ilustraci typických zdravotních komplikací a informace o klientech. Jednou dotazovaní uvedli nedostatek informací: o tom do jakého zdravotnického zařízení klienty odkázat, jaká je míra ošetření (co ano, co už ne), o tom co může klient očekávat ve zdravotnickém zařízení a jak mu pomoci a nedostatečné sdílení informací se zdravotníky z nízkoprahových služeb. Informace nepostrádá celkem 7 dotazovaných („Nepostrádám. Mám, co nevím, vím kde zjistit.“). 9 % (3) respondentů neví.

Kromě typu informací, které respondenti postrádají, se dotazník zajímal také o postrádané dovednosti. Celkem 29 % (9) dotazovaných postrádá manuální zručnost a systematičnost při ošetření. Umět správně rozpoznat somatické komplikace postrádá 16 % (5) respondentů. Dalších 16 % dotazovaných postrádá znalost správného postupu a přípravku („Co, kdy a jak, kde je míra ošetření - co ano a co už ne.“). Stejně tak 16 % dotazovaných postrádá dovednosti zdravotníků. Dva (6 %) respondenti uvádějí, že nepostrádají dovednosti a další dva neví jaké. Následně tak i dva z respondentů postrádají dovednosti, jak motivovat IUD, aby dorazil do zdravotnického zařízení a tam ho bez předsudků ošetřili. Po jedné z odpovědí zaznělo postrádání trpělivosti, dovednosti týkající se testování na infekční onemocnění. Jeden respondent také uvedl: „Postrádám silný žaludek. Myslím, že dovednost udržet oběd je při ošetřování některých IUD kruciólní.“

#### Otázka č. 7: Jak se pracovníci vzdělávají ve zdravotní problematice IUD?

Zdroje informací o zdravotních komplikacích IUD jsou pro pracovníky různé. Nejvíce respondentů uvedlo, že získávají informace od zkušenějších

kolegů, jichž bylo 41 % (15). Ani jeden z respondentů neuvedl, že by žádné informace nezískával. Zdroje z odborné literatury a kurzy, semináře, konference uvedl stejný počet respondentů, celkem 14 % (5). Jeden respondent uvedl jako zdroj informací internet (diskusní fóra, zájmové stránky). Zbýlých 35 % (13) respondentů uvedlo jiné zdroje: nejčastěji kombinace (blíže nespecifikováno), zkušenosti z předchozího vzdělání a praxe, informace od klientů a zdravotníků.

Způsoby získávání praktických dovedností jsou také různé. 46 % (17) respondentů získává dovednosti od zkušenějších kolegů. Odborné vzdělání (zdravotní sestra či lékař) uvedlo jako zdroj získávání praktických dovedností 14 % (5) dotazovaných, následně 5 dotazovaných uvedlo kurzy, semináře a konference. Praktické dovednosti nezískává 8 % (3) účastníků studie. Dva respondenti (5 %) uvedli kombinaci zkušenějších kolegů a získávání dovedností z kurzů, seminářů a odborných konferencí a další dva kombinaci blíže nespecifikovanou. Po jednom z dotazovaných uvedli jako zdroj praktických dovedností: odbornou literaturu, dovednosti od klientů a běžnou praktickou znalost.

Poslední otázka studie se týkala toho, co by respondenti potřebovali ke své další práci týkající se zvládnání somatických komplikací IUD. Celkem 34 % (12) dotazovaných by potřebovalo více odborného zdravotnického vzdělání, ať již v podobě kurzů, seminářů, interního vzdělávání („*Neuškodí více odborných akcí zaměřených přímo na zdravotní komplikace IUD.*“). 20 % (7) respondentů uvedlo, že by potřebovali nějaký ucelený text s nejčastějšími zdravotními komplikacemi IUD, názornými ukázkami, způsoby zvládnání, popisem správných postupů. Následně tak i 7 respondentů by potřebovalo více praxe. Lepší spolupráci se zdravotnickými zařízeními a více lékařů pro IUD by potřebovalo také 7 dotazovaných. Více finančních prostředků na zdravotnický materiál a léky by potřebovalo 6 % (2) respondentů. Pouze 14 % (5) respondentů nic dalšího ke své práci nepotřebuje. Jednou zde byla uvedena potřeba lepšího pracovního zázemí a větších kompetencí při ošetřování typu drobných chirurgických zákroků, šití ran a možnost testování na infekční choroby.

### 3.9. Diskuze

Výzkum navazoval na teoretické podklady této práce a empirické pozorování. Navzdory tomu, že téma somatických komplikací IUD je v NS stále aktuální a velmi důležité. Doposud nebyla uskutečněna studie na způsoby zvládnání somatických komplikací pracovníky NS. Hlavním cílem této studie bylo zmapovat způsoby řešení somatických komplikací IUD pracovníky NS pro uživatele drog v hl. m. Praha.

Jak bylo uvedeno v teoretické části této práce, služby pro snižování rizik u injekčních uživatelů drog jsou z podstatné části zajišťovány mimo zdravotnický systém a také 90 % NS služeb provádí zdravotní ošetření. Pracovníci NS mnohokrát přebírají iniciativu při řešení somatických komplikací u IUD a ošetřují, jelikož IUD často do zdravotnického zařízení nedocházejí. V praxi lze zpozorovat nejistoty pracovníků nízkoprahových služeb při poradenství s klientem o zdravotních komplikacích. Následně lze pozorovat i nejistotu při ošetřování těchto komplikací, jelikož nemají v této oblasti dostatek ucelených informací.

K účasti této studie bylo vyzváno všech 7 nízkoprahových zařízení pro uživatele drog v hl. m. Praha, kde v době studie bylo zaměstnáno celkem 56 pracovníků. Po několika výzvách, které probíhaly od prosince 2012 do listopadu 2013, se podařilo získat 38 responsí. Návratnost dotazníku byla 68 %. Data, které se nepodařilo získat od 18 neparticipujících osob, si vysvětlujeme nedostatkem času na straně oslovených nebo nezájmem o tuto problematiku.

Dále budeme diskutovat konkrétní výsledky získané prostřednictvím této analýzy. Na tomto místě je nutno upozornit na odlišnost výzkumného souboru. Podmínkou účasti bylo být pracovníkem minimálně jednoho programu NS (terénní programy, kontaktní centrum). Tyto služby mají podobnou cílovou skupinu klientů, ale liší se v podmínkách, za kterých poskytují služby. Vzhledem k tomu, že se somatickými komplikacemi IUD se lze setkat v obou typech služeb,

byla data vyhodnocována souhrnně. Výrazné odlišnosti programů byly vyhodnoceny odděleně.

Nejčastěji jako své odborné vzdělání respondenti uvedli sociální práci (42 %), následně 18 % adiktologa, 8 % kombinaci adiktologa a zdravotní sestry, ostatní uvedli jiné odborné vzdělání.

Z analýzy dat týkající se poskytování informací klientům o somatických komplikacích bylo zjištěno, že všichni respondenti informace poskytují. 89 % respondentů poskytuje preventivní informace i k aktuálnímu stavu a 11 % pouze preventivní. Průměrně během služby, každý respondent poskytne 5 informací ke zdravotnímu stavu IUD. Poskytování informací je jednou ze složek práce v NS, je tedy zajímavé, že jeden z respondentů neposkytl během poslední služby jedinou informaci ke zdravotnímu stavu uživatele drog. Informace se mohou týkat účinku drog, jejich působení a důsledků, rizik injekční aplikace, bezpečnějšího způsobu aplikace drog, hygienických návyků, bezpečného sexu, přenosných chorob atd. (Hrdina, Korčíšová, 2003). Toto široké spektrum informací je velmi úzce spjato se zdravotními komplikacemi. Jistě by stálo za další prozkoumání, jaké konkrétní informace pracovníci nejčastěji poskytují.

Díky této studii bylo zjištěno, že 87 % respondentů provádí zdravotní ošetření IUD. Důvody jsou vysvětleny především nedostatkem zdravotnického personálu na službě či v programu, neochotou klientů dorazit do zdravotnického zařízení. Toto jsou důvody, jež respondenti uvedli jako jedny z důvodů, které ovlivňují poskytování zdravotního ošetření. Jako další možné mohou být vysvětleny nedostatkem specializovaných zdravotnických zařízení pro IUD, jejich nepřístupností pro tuto specifickou skupinu, v poslední řadě také nedostatečnou spoluprací NS a jiných zdravotnických zařízení. Rozšíření těchto specializovaných zařízení by navrhovalo 56 % respondentů. Na tomto místě je třeba zmínit, že v současné době probíhá pod Národním monitorovacím střediskem pro drogy a drogové závislosti studie zabývající se somatickými komorbidity IUD. Do budoucna to může být vnímáno jako důležitý podnět pro rozšíření zdravotnických služeb pro IUD. Z analýzy dat bylo také zjištěno, že 55 % respondentů při poskytování zdravotního ošetření

výrazně ovlivňuje nedostatek financí. Vhodné se také jeví porovnat náklady na zdravotnický materiál a počty ošetření mezi jednotlivými programy.

Zmapovat somatické komplikace, se kterými se respondenti setkávají, bylo podcílem této studie. Respondenti odhadovali počet provedených intervencí (odkaz do zdravotnického zařízení či ošetření) u konkrétních somatických komplikací IUD v posledním měsíci. Nejvíce respondenti uvedli drobná zahnisaná ložiska (14,3 %), abscesy (14,2 %), bércové vředy (13,4 %) a jiné nejasné kožní obtíže (12,2 %). Intervence týkající se HIV (2 %), infekční endokardity (2 %) a celkové sepse (1,9 %) ve studii ukázaly celkem vysoká čísla. Bližší intervence v rámci této studie nebyly prozkoumány. Z výsledků není jasné, zda se jednalo o reaktivní výsledek na protilátky HIV či byli klienti odkázáni k testování na HIV. Je tedy pouze domněnkou, že klienti byli v naprosté většině odesláni k testování. Co se týče sepse a endokardity může být také pouze domněnkou, že respondenti klienty odkazovali do zdravotnického zařízení s podezřením na tyto somatické komplikace.

Zjistit současné způsoby řešení somatických komplikací u IUD a komplikace při jejich řešení bylo dalším podcílem této studie. Způsoby řešení zdravotních komplikací respondenty se výrazně lišily. Nejčastěji 39 % respondentů klienty ošetří a poskytnou informace o somatických komplikacích, případně odkážou do zdravotnického zařízení, dalších 28 % poskytnou informace a nechají na klientovi, zda chce dále nějakou péči, 22 % ošetří klienta pouze, není-li na službě zdravotník, ostatní uvedli jiné důvody. Jelikož studie nebyla zaměřena na mapování způsobů řešení u konkrétních somatických komplikací, jedná se pouze o odhad nejčastějších způsobů řešení. Výsledky by se mohly lišit v závislosti na tom, o které somatické komplikace se jedná. Co se dále týče způsobu řešení zdravotních komplikací IUD, nabízí se také otázka: Je domněnka, že pokud se odmítneme poskytnout IUD zdravotní ošetření, tak dorazí k lékaři, správná?

Nejčastějším problémem při poskytování zdravotního ošetření je nejistota (40%), i přestože mají respondenti informace o zdravotních komplikacích, 20 % respondentů nemá při poskytování zdravotního ošetření problém. Následně

9 % nemá dostatek informací o somatických komplikacích, stejně tak 9% uvádí jako problém nedostatečnou zručnost a 5 % nemá dostatek informací týkající se ošetřování. Jednou z odpovědí byla také neochota klientů dorazit do zdravotnického zařízení. Bariéry vstupu do zdravotnického zařízení IUD jsou dalším námětem ke zkoumání. Dvořák (2012) uvádí, že IUD přicházejí do zdravotnického zařízení s dávkou strachu ze stigmatizace a nedůvěry. Vejrych a Minařík (2012) se také domnívají, že bariéry jsou zejména v motivaci klientů. Konkrétní možné bariéry by mohly být: strach z odnětí drogy, předchozí negativní zkušenost s přístupem zdravotnického personálu (neprofesionální přístup, odmítnutí poskytnout zdravotnickou péči), neochota uživatele dodržovat léčebný režim, nedostatek času apod. Jsou to pouze předpoklady, které stojí za hlubší zkoumání.

Zjistit subjektivní míru schopností a dovedností pracovníků NS v oblasti řešení somatických komplikací u IUD bylo dalším podcílem studie. Celkem 29 % respondentů postrádalo manuální zručnost a systematickosti při ošetření, následně 16 % dotazovaných postrádá schopnost rozpoznat somatické komplikace, 16 % znalost správného postupu při ošetření a zvolení správného přípravku a také 16 % postrádá zdravotnické dovednosti obecně. Pouze 6 % respondentů uvedlo, že dovednosti nepostrádají a 6 % neví, jaké dovednosti postrádají. V reakcích respondentů se objevila otázka, kde je míra zdravotního ošetření, co ošetřovat a co už ne. Jako podnět do budoucí diskuze se nabízí: pracovníci NS poskytují zdravotní ošetření a nemají k tomu kompetence. Otázkou tedy je: Jakým způsobem je možno zvýšit kompetence pracovníků NS v oblasti ošetřování somatických komplikací IUD?

Následujícím podcílem studie bylo zjistit způsoby vzdělávání pracovníků NS ve zdravotnické problematice u IUD. Bylo zjištěno, že pracovníci nejčastěji získávají informace (41 %) i praktické dovednosti (46 %) při ošetřování od zkušenějších kolegů. Dále respondenti získávají informace z odborné literatury (14 %) a stejně tak z kurzů, seminářů či konferencí. Ostatní většinou uvedli kombinaci zdrojů informací. Co se týče způsobu získávání praktických dovedností 5 % má odborné vzdělání (zdravotní sestra či lékař), stejně tak 5 % dotazovaných uvedlo kurzy, semináře a konference. 8 % uvedlo, že praktické dovednosti

nezískávají. Ostatní uvedli opět kombinaci získávání praktických dovedností. V rámci studie bylo také zjištěno, jaké informace respondenti nejvíce postrádají. Nejvíce respondenti postrádají informace o kožních obtížích IUD (49 %). Jedním, ze zajímavých zjištění bylo, že jeden respondent postrádá informace o HIV. Konkrétně o HIV je např. na internetu ucelených informací dostatek. Výsledkem také bylo, že respondenti postrádají informace o ošetrovatelských postupech (39 %), dále 21 % postrádá informace o charakteristice a průběhu onemocnění, stejně tak 21 % informace o léčivých přípravcích a jejich použití. Pouze 7 % dotazovaných uvedlo, že informace nepostrádají. Do budoucna by mohlo být vhodné zjistit a porovnat, kolik času věnují NS na vzdělávání týkající se zvládnání somatických komplikací.

Posledním podcílem studie bylo vytvořit metodiku (viz příloha č. 1) zvládnání základního zdravotního ošetření a poradenství týkající se somatických komplikací u IUD pro pracovníky nízkoprahových služeb, jež je zpracována v poslední části této práce. Její přínos je vnímán především ve využití v praxi NS a ve zkvalitnění poskytovaných služeb IUD. Pracovníci by tak mohli být schopni poskytovat komplexnější informace o zdravotním stavu IUD, případně kvalitněji poskytnout ošetření, či by se zlepšila spolupráce mezi NS a jinými zdravotnickými zařízeními.

## 4. ZÁVĚR

Hlavním cílem této studie bylo zmapovat způsoby řešení somatických komplikací IUD pracovníky NS pro uživatele drog v hl. m. Praha. V rámci studie byly zvoleny tyto podcíle: Zjistit, s jakými somatickými komplikacemi se pracovníci v NS nejčastěji setkávají. Zjistit současné způsoby řešení somatických komplikací u IUD a komplikace při jejich řešení u pracovníků terénních programů a kontaktních center v hl. m. Praha. Zjistit subjektivní míru schopností a dovedností pracovníků NS v oblasti řešení somatických komplikací u IUD. Zjistit způsoby vzdělávání pracovníků terénních programů a kontaktních center ve zdravotnické problematice u IUD. Na základě zjištění vytvořit metodiku zvládnání základního zdravotního ošetření a poradenství týkající se somatických komplikací u IUD pro pracovníky nízkoprahových služeb.

Jako metoda sběru dat byl zvolen elektronický dotazník, a to především z úspory času a pro usnadnění kvantifikace dat. Data byla analyzována v programu Microsoft Excel 2007, otevřené otázky dotazníku byly analyzovány pomocí metody zakotvené teorie.

K účasti této studie bylo vyzváno všech 7 nízkoprahových zařízení pro uživatele drog v hl. m. Praha. Po několika výzvách, které probíhaly od prosince 2012 do listopadu 2013, se podařilo získat 38 responsí.

Z analýzy dat vyplývá, že všichni respondenti poskytují informace IUD o somatických komplikacích a až 87 % respondentů provádí zdravotní ošetření IUD.

Nejvíce se respondenti setkávají s drobnými zahnisanými ložisky (14,3 %), abscesy (14,2 %), bércovými vředy (13,4 %) a jinými nejasnými kožními obtížemi (12,2 %).

Mezi standardní řešení somatických komplikací IUD patří ošetření a poskytnutí informací o somatických komplikacích, případně odkaz do zdravotnického zařízení (39 %), poskytnutí informací a přenechání rozhodnutí



na klienta, zda chce dále nějakou péči (28 %) a následně ošetření klienta pouze, není-li na službě zdravotník (22 %). Nejčastějším problémem při poskytování zdravotního ošetření je ve 40 % nejistota, i přestože mají respondenti informace o zdravotních komplikacích. Dále 20 % respondentů uvedlo, že nemá při poskytování zdravotního ošetření problém, 9 % nemá dostatek informací o somatických komplikacích, stejně tak 9 % uvádí jako problém nedostatečnou zručnost a 5% nemá dostatek informací týkající se ošetřování.

Nejvíce respondentů postrádalo manuální zručnost a systematičnost při ošetření (29 %), následně schopnost rozpoznat somatické komplikace (16 %), znalost správného postupu při ošetření a zvolení správného přípravku (16 %) a také dostatek zdravotnických dovedností obecně (16 %). Pouze 6 % respondentů uvedlo, že dovednosti nepostrádají a 6 % také nevědělo.

Respondenti nejčastěji získávají informace i praktické dovednosti při ošetřování od zkušenějších kolegů, následně z odborné literatury, kurzů, seminářů či konferencí. V rámci studie bylo zjištěno, že respondenti postrádají nejvíce informací o kožních obtížích IUD (49 %), ošetřovatelských postupech (39 %), o charakteristice a průběhu onemocnění (21 %) a informace o léčivých přípravcích a jejich použití (21 %).

Na základě zjištění studie byla zpracována metodika (viz příloha č. 1) zvládnání somatických komplikací injekčních uživatelů drog pro pracovníky nízkoprahových služeb. Přínos výstupu vnímáme především ve využití v praxi NS a ve zkvalitnění poskytovaných služeb IUD. Pracovníci by tak mohli být schopni poskytovat komplexnější informace o zdravotním stavu IUD, případně kvalitněji poskytnout ošetření či by se zlepšila spolupráce mezi NS a jinými zdravotnickými zařízeními. Předpokladem je, že předložená práce a její závěry skýtají podněty pro další výzkumná šetření, jež byla zmíněna v diskuzi.

## Literatura

1. A care a.s. (2013). *Dermacyn*. [cit. 28. 10. 2013] Retrieved from website: <http://www.acare.cz/cs/medical/hospital-service/dermacyn/>
2. Anderson, I. (2011). Problematika terapie venózních bérkových vředů. Zkrácený a upravený překlad. *Florence*. (12)5, 25-27.
3. Beneš, J. et al. (2009). *Infekční lékařství*. Praha: Galén
4. Beránková, M., Fleková, A., Holzhauserová, B. (2002). *První pomoc*. Praha: Informatorium, spol. s.r.o.
5. Burešová, Z. (2012). *Možnosti a meze poskytování zdravotní péče v kontextu harm reduction služeb – institucionální analýza*. Diplomová práce magisterského studia adiktologie. Praha: Klinika adiktologie 1.LF UK a VFN
6. Duda, M. (2001). *Záněty kůže a podkoží*. Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně. [cit. 28. 9. 2013] Retrieved from website: <http://www.cls.cz/dokumenty2/os/r059.rtf>
7. Dvořák, J. (2012). Infekční komplikace intravenózních uživatelů drog. In *Infekční nemoci 2*. Praha: Nakladatelství Dr. Josef Raabe, s.r.o. In Print.
8. Dvořák, J. (2013). *Infekční endokarditida*. Praha: TP Sananim - interní vzdělávání 4. 2. 2013. Nepublikováno. Část dostupná [cit. 30. 7. 2013] Retrieved from website: [http://edekontaminace.cz/downloads/1370682162\\_dekontaminace-alkohol-fin.pdf](http://edekontaminace.cz/downloads/1370682162_dekontaminace-alkohol-fin.pdf)
9. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. (2009). *An over view of the problem drug use (PDU) key indicator*. Lisboa: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. [cit. 15. 9. 2013] Retrieved from website: <http://www.emcdda.europa.eu/publications/methods/pdu-overview>
10. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. (2010). *Trends in injecting drug use in Europe*. Lisboa: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. [cit. 15. 9. 2013] Retrieved from website: <http://www.emcdda.europa.eu/publications/selected-issues/injecting>

11. Ferjenčík, J. (2000). *Úvod do metodologie psychologického výzkumu*. Praha: Portál, s.r.o.
12. Fisher, H., Švestková, S. *Praktické rady ke kompresivní terapii při žilních onemocněních*. Hartmann-Rico AS.
13. Frei, J. (2005). *Manuál projektu „HIV/AIDS a život nás všech“*. Praha: Mládež Českého červeného kříže.
14. Gavlasová, L., Badurová, K. (2012). I takové defekty lze léčit vlhkou terapií. *Florence*. (12)5, 17-21.
15. Hartmann-Rico AS. (2005). *Kompendium ran a jejich ošetřování*. Veverská Bítýška: Paul Hartmann AG
16. Hobstová, J. (2010). *Infekční endokarditida u injekčních uživatelů drog*. Postgraduální medicína. PM příloha 1/2010. [cit. 29. 10. 2013] Retrieved from webside: <http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina-priloha/infekcni-endokarditida-u-intravenoznich-uzivatelu-drog-451389>
17. Hope, V. (2010). Neglected infections, real harms: A global scoping of injection-related bacterial infections and responses. In Cook, C. et al. (2010). *The Global State of Harm Reduction 2010: Key Issues for Broadening the Response*. London: International Harm Reduction Association. [cit. 20. 10. 2013] Retrieved from webside: <http://www.ihra.net/contents/535>
18. Hrdina, P., Korčíšová, B. (2003). Terénní programy. In Kalina, K. et al. (2003). *Drogy a drogové závislosti 2 – mezioborový přístup*. NMC/Úřad vlády.
19. Hunt, N. (2003). *A review of the evidence-base for harm reduction approaches to drug use*. [cit. 22. 9. 2013] Retrieved from webside: <http://www.ihra.net/files/2010/05/31/HIVTop50Documents11.pdf>
20. Infekční centrum pro drogově závislé. (2013). *Statistické údaje*. Praha. Nepublikováno.
21. Janíková, B. (2008). Harm reduction: časné intervence v nízkoprahových službách. In Kalina, K. et al. (2008). *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada Publishing, a.s.
22. Jirešová, K., Javorková, S. (2003). *Harm reduction v problematice injekčního užívání drog*. Bratislava: OZ Odysseus

23. Kabelková, M. (2009). *Infekce u uživatelů drog*. Lékařské listy. LL 8/2009. [cit. 29. 10. 2013] Retrieved from website: <http://zdravi.e15.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/infekce-u-uzivatelu-drog-419309>
24. Kalina, K. et al. (2001). *Mezioborový glosář pojmů z oblasti drog a drogových závislostí*. Praha: Filia Nova o. s.
25. Kelnarová, J. et al. (2009). *Ošetřovatelství pro střední zdravotnické školy – 2. ročník*. Praha: Grada Publishing, a.s.
26. Kilian, J. (2000). *Bakteriální onemocnění kůže*. Lékařské listy. LL 41/2000. [cit. 25. 10. 2013] Retrieved from website: <http://zdravi.e15.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/bakterialni-onemocneni-kuze-129389>
27. Kolektiv autorů. (2006). *Seznam a definice výkonů drogových služeb*. Praha: NMS/Úřad vlády
28. Konečná, V., Paličková, V., Spůrová, N. (2012). *Zdravotní obtíže uživatelů drog*. Camp Měchenice: Letní škola Harm reduction 2012. Předneseno dne: 31. 5. 2012. Nепublikováno.
29. Korčišová, B., Drug in focus 4. (2004). *Injekční užívání drog. Zaostřeno na drogy, 2*. Praha: NMS/Úřad vlády
30. Libra, J. (2003). Nízkoprahová kontaktní centra. In Kalina, K. et al. (2003). *Drogy a drogové závislosti 2 – mezioborový přístup*. NMC/Úřad vlády.
31. Minařík, J., Hobstová, J. (2003). Somatické komplikace a komorbidita 1 – místní a celkové infekce, orgánová postižení. In Kalina, K. et al. (2003). *Drogy a drogové závislosti 1 – mezioborový přístup*. NMC/Úřad vlády.
32. Minařík, J., Řehák, V. (2008). Somatické komplikace a komorbidita. In Kalina, K. et al. (2008). *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada Publishing, a.s.
33. Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada Publishing, a.s.
34. Mravčík, V. (2012). Léčba VHC u injekčních uživatelů drog v ČR – průzkum mezi centry pro léčbu virových hepatitid. *Adiktologie*. (12)1, 10-22.

35. Mravčík, V. et al. (2011). *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2010*. Praha: NMS/Úřad vlády
36. Mravčík, V. et al. (2012). *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2011*. Praha: NMS/Úřad vlády
37. Mravčík, V. et al. (2013). *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2012*. Praha: NMS/Úřad vlády
38. Nechanská, B., (2013). *Vývoj infekčních nemocí u uživatelů alkoholu a jiných drog v letech 2003 – 2012*. Aktuální informace č. 27/2013. Praha: ÚZIS ČR. [cit. 28. 10. 2013]. Retrieved from website: <http://www.uzis.cz/rychle-informace/vyvoj-infekcnich-nemoci-uzivatelu-alkoholu-jinych-drog-cr-letech-2003-2012>
39. Nejedlá, M., Svobodová, H., Šafránková, A. (2004). *Ošetřovatelství IV/1*. Praha: Informatorium, spol. sr.o.
40. Niedner, R., Adler, Y. (2010). *Kožní choroby. Obrazový atlas*. Praha: TRITON
41. Nováková, I. (2011). *Ošetřovatelství ve vybraných oborech. Dermatovenerologie, oftalmologie, ORL, stomatologie*. Praha: Grada Publishing, a.s.
42. Novotná, J. *PP – akutní intoxikace, popáleniny, úžeh a úpal, postižení elektrickým proudem, omrzliny*. [PowerPoint slides]. Praha: 1.LF UK v Praze.
43. Pokorná, A., Mrázová, R. (2012). *Kompendium hojení ran pro sestry*. Praha: Grada Publishing, a.s.
44. Pospíšilová, A. *Bércový vřed – mýty, omyly a rady*. Praha. [cit. 9. 11. 2013] Retrieved from website: <http://www.zilniporadna.cz/temata/4-bercove-vredy/21-bercovy-vred-myty-omyly-a-rady>
45. Radimecký, J. (2007). *Úvod do adiktologie – terminologie, modely a přístupy*.  
In Radimecký, J. et al. (2007). *Učební texty ke kurzu: Úvod do adiktologie*. Praha: Centrum adiktologie Psychiatrické kliniky 1. lékařské fakulty a VFN, Univerzita Karlova Praha
46. Radimecký, J., Janíková, B., Zábanský, T. (2009). *Trendy na drogové scéně v ČR – Ohniskové skupiny s pracovníky nízkoprahových programů: Závěrečná zpráva*. Praha: NMS/Úřad vlády

47. SAHARA Centre for Residential Care and Rehabilitation. (2012). *Abscess prevention and management among injecting drug users*. United Nations Office on Drugs and Crime. Regional Office for South Asia. [cit. 22. 9. 2013] Retrieved from website: <http://www.unodc.org/documents/southasia/publications/sops/abcess-prevention-and-management-among-injecting-drug-users.pdf>
48. Slezáková, L. (2010). *Ošetřovatelství v chirurgii 1*. Praha: Grada Publishing, a.s.
49. Státní zdravotní ústav. (2013). *Srpen 2013: výskyt a šíření HIV/AIDS v České republice*. Praha. [cit. 29. 10. 2013]. Retrieved from website: <http://www.szu.cz/tema/prevence/zprava-o-vyskytu-a-sireni-hiv-aids-za-rok-2013>
50. SÚKL (2013h). *Calcium pantothenicum Zentiva*. [cit. 28. 10. 2013] Retrieved from website: <http://www.sukl.cz/modules/medication/detail.php?code=0150537&tab=texts>
51. SÚKL. (2013a). *Peroxid vodíku 3% coo.* [cit. 28. 10. 2013] Retrieved from website: <http://www.sukl.cz/modules/medication/detail.php?code=0055911&tab=texts>
52. SÚKL. (2013b). *Betadine – kožní roztok.* [cit. 28. 10. 2013] Retrieved from website: <http://www.sukl.cz/modules/medication/detail.php?code=0062315&tab=texts>
53. SÚKL. (2013c). *Heparoid Léčiva.* [cit. 28. 10. 2013] Retrieved from website: <http://www.sukl.cz/modules/medication/detail.php?code=0003575&tab=texts>
54. SÚKL. (2013d). *Ibalgin Duo Effect.* [cit. 28. 10. 2013] Retrieved from website: <http://www.sukl.cz/modules/medication/detail.php?code=0180794&tab=texts>
55. SÚKL. (2013e). *SUSPENSIO VIŠŇEVSKI CUM PICE LIQUIDA HB.* [cit. 28. 10. 2013] Retrieved from website:

- <http://www.sukl.cz/modules/medication/detail.php?code=0085950&tab=texts>
56. SÚKL. (2013f). *Betadine mast*. [cit. 28. 10. 2013] Retrieved from webside:  
<http://www.sukl.cz/modules/medication/detail.php?code=0062320&tab=texts>
57. SÚKL. (2013g). *Saloxyl*. [cit. 28. 10. 2013] Retrieved from webside:  
<http://www.sukl.cz/modules/medication/download.php?file=SPC113752.doc&type=spc&as=saloxyl-spc>.
58. SÚKL. (2013i). *Bactroban*. [cit. 28. 10. 2013] Retrieved from webside:  
<http://www.sukl.cz/modules/medication/detail.php?code=0090778&tab=texts>
59. Šafránková, A., Nejedlá, M. (2006). *Interní ošetřovatelství I*. Praha: Grada Publishing, a.s.
60. Školoudová, R. (2013). *Zpráva o stavu zdraví a možnosti posílení zdravotního stavu klientů a klientek – IUD*. [PowerPoint slides]. Camp Měchenice: Letní škola Harm reduction 2013. Předneseno dne: 20. 6. 2013. Nepublikováno.
61. Terénní programy Sananim o. s. (2012). *Zpráva o realizaci projektu protidrogové politiky v roce 2012*. Praha. Nepublikováno.
62. Vejrych, T., Minařík, J. (2012). *Výsledky projektu Imp.Ac.T*. [PowerPoint slides]. [cit. 28. 10. 2013]. Retrieved from webside:  
<http://edekontaminace.cz/clanek/2/245/konference-imp-ac-t.html>

## **Příloha č. 1:**

### **5. Metodika zvládnání somatických komplikací IUD**

Somatické komplikace injekčních uživatelů drog jsou u této skupiny velmi specifické. Často se lze v praxi setkávat se strachem ze stigmatizace a neochotou klientů navštívit zdravotnické zařízení. Tyto důvody vedou často ke zvyšování dávky a tím částečně i k maskování a snášení obtíží. Většinou zdravotnická zařízení navštěvují již v pokročilých a závažných stavech. Terénní a kontaktní pracovníci jsou často ti, kteří se zdravotními obtížemi klienta setkávají jako první a přebírají hlavní iniciativu k poskytnutí vhodných informací, základnímu zdravotnímu ošetření, odkazování klienta do zdravotnického zařízení či přivolání záchranné služby.

Cílem tohoto textu je reagovat na potřeby pracovníků nízkoprahových služeb a podat pokud možno základní a ucelené informace o somatických komplikacích injekčních uživatelů drog. Pro začátek kapitoly musím podotknout, že ošetřování somatických komplikací je činnost, kterou by měl vždy provádět zkušený pracovník, v nejideálnějším případě zdravotní sestry a lékař. Postupy při ošetřování mohou být individuální a odvíjejí se zejména z praktických zkušeností. Postupy, které jsou v práci uvedeny, vycházejí z odborné literatury, odborných konzultací s MUDr. Janem Dvořákem a zkušeností z praxe v TP a KC Sananim.

V úvodní části textu popisují základy ošetřování ran a přípravu klientů k hospitalizaci. Další kapitoly popisují charakteristiku typických somatických komplikací IUD, jejich příčinu, příznaky a doporučený postup. V příloze č. 5 je fotodokumentace typických komplikací IUD.



## 5.1. Základy ošetřování ran a příprava klientů k hospitalizaci

### 5.2.1 Rány

- **Definice**

Rána je stav, kdy dochází k porušení kontinuity kůže, sliznice nebo povrchu některého orgánu (Kelnarová et al., 2009).

- **Rozdělení ran**

#### **Dle mechanismu vzniku**

Mechanické – řezné, tržné, zhmožděné, tržně zhmožděné, bodné, střelné, sečné, kousnutím a tlakové.

Chemické (louhy, kyseliny)

Termické (popáleniny, omrzliny)

Aktinické (radiační záření)

#### **Dle lokalizace**

Povrchové – zasahují do kůže a podkoží

Hluboké – zasahují svaly, šlachy, vazy, cévy, žíly, nervy

Penetrující – pronikají do tělních dutin

Nepenetrující – nepronikají do tělních dutin

#### **Dle vzhledu**

Infikované – secernující (sekret z rány, př. hnis), povleklé či zapáchající

Nekrotické – tvrdá, suchá tkáň, černé barvy

Povleklé – povleklé a erudující

Granulující – čistá, mírně až středně secernující tkáň červené barvy

Epitelizující – narůžovělá tkáň

**Dle délky léčby** – akutní a chronické (hojí se déle než 6-8 týdnů)

(Kelnarová et al., 2009).

- **Hojení ran:**

**Primární** – jde o ideální stav, kdy není hojení rány nijak narušeno jiným procesem. Rána je klidná, bez známek infekce, okraje jsou dobře přizpůsobené a přiblížené, cévní a nervové zásobení je neporušené.

**Sekundární** – vzniká u ran, kde je narušeno normální hojení. Tím může být nedokonalé přizpůsobení a blížení okrajů rány. Tento proces je zdlouhavý a výsledkem je jizva (Kelnarová et al., 2009).

## 5.2.2 Převezky a ošetřování pomocí obvazů

Převaz je ošetření rány za preventivním či terapeutickým účelem.

- **Funkce obvazů**

Obvazy rány především chrání, ale může též aktivně ovlivňovat průběh hojení tím, že ji čistí, vytváří vhodné mikroklima a udržuje ránu v klidu.

Další funkce:

- ochrana před mechanickými vlivy (tlak, tření, náraz), znečištěním a poškozením chemickými látkami,
- ochrana před sekundární infekcí,
- ochrana před vysycháním a ztrátou tělních tekutin,
- ochrana před ztrátou tepla (Hartmann-Rico AS, 2005).

- **Výměna obvazů**

Převaz rány je důležitým faktorem, který může ovlivnit proces hojení ran. Při převazu jsou často kladeny vysoké nároky na ošetřujícího. Kvalita provedení převazu je pro další průběh hojení rozhodující.

- **Podmínky převazu**

Každá výměna obvazu by se měla provádět za sterilních podmínek. Dodržováním těchto podmínek se snažíme zabránit vzniku sekundárních infekcí,

dále jsou rány zásobou bakterií a snažíme se zabránit jejich rozšíření. Většina infekcí se přenáší kontaktem s kůží, proto je při výměně obvazu nutno dodržovat zásadu, že se nikdo nesmí rány či obvazu dotýkat holýma rukama (Hartmann-Rico AS, 2005). Je zřejmé, že z nedostatku financí nízkoprahových služeb nejsou služby schopni zajistit sterilní obvazový materiál. V jiném případě nelze ani zajistit vhodné prostředí pro výměnu obvazů (př. v terénu). Můžeme však podmínky alespoň, co nejlépe přizpůsobit.

- **Vybavení a pomůcky k převazu**

Všechny materiál, který přichází či může přijít do přímého styku s ranou, musí být sterilní, tedy v rámci možností příslušného programu. Materiál skladujeme na místě, které slouží k přípravě na výměnu obvazu (př. převazový vozík, stolek, skříňky). Pracovní plochu je nutno umístit, tak aby se nacházela vedle ošetřující osoby. Materiál musí ležet na vydezinfikované podložce. Nesmí být připraven příliš brzy, jelikož může při dlouhodobém kontaktu s okolím dojít ke kontaminaci. Všechny pomůcky, které používáme opakovaně (př. nástroje, stolek) musí být snadno omyvatelné a dezinfikovatelné. Pro okamžitou dezinfekci použitých nástrojů a likvidaci použitého obvazového materiálu je nutno připravit nádobu s dezinfekčním prostředkem a kontejner na odpad (Hartmann-Rico AS, 2005).

*Tabulka č. 4: Materiál k převazu*

<b>Materiál k převazu</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ jednorázové rukavice (alespoň 3 páry)</li><li>▪ nůžky na odstranění obvazu</li><li>▪ pinzety k přípravě či sejmutí obvazu</li><li>▪ roztoky na oplachování ran</li><li>▪ léčebné masti</li><li>▪ obvazový materiál (mulové čtverce, obvazy, náplasti)</li><li>▪ dezinfekce na povrchy</li><li>▪ nádoba a dezinfekce na nástroje</li><li>▪ dezinfekce na ruce</li><li>▪ kontejner na odpad</li><li>▪ další ochranné pomůcky dle uvážení (ústenky, jednorázová zástěra)</li></ul>

- **Postup při výměně obvazu**

**Ochrana ošetřujícího** – před samotnou přípravou materiálu se provádí hygienická dezinfekce rukou a poté si ošetřující vezme ochranné pomůcky. U klientů s HIV nebo virovou hepatitidou je vhodné, aby se ošetřující zvýšeně chránil před nebezpečím infekce.

**Příprava klienta** – klienta předem informujeme o plánovaném postupu. Klienta připravíme do polohy, tak abychom měli dobrý přístup k oblasti rány. Důležitá je dobrá viditelnost. Převazujeme-li v kontaktním centru, měli bychom zabránit průvanu (př. zavřeme okno), abychom předešli víření choroboplodných zárodků.

**Sejmutí obvazu** – provedeme dezinfekci rukou a navlékneme jednorázové rukavice. Nůžkami pro odstranění obvazu stříháme obvaz v oblasti mimo ránu, abychom předešli dalšímu poškození rány. Je vhodné se klientů předem ptát na místo defektu. Odstraníme a zahodíme obvaz do kontejneru na odpad. Pomocí pinzety odstraníme krytí z rány. Nelze-li krytí odstranit, jelikož je k ráně přilepené, v žádném případě nesmí být strhnuto. Přilepené krytí navlhčujeme sterilní vodou či dalšími vhodnými roztoky tak dlouho, dokud se neodddělí od rány. Provedeme výměnu rukavic.

**Posouzení rány** – správné posouzení rány není ani pro zkušeného pracovníka jednoduchou záležitostí. Vždy bychom, ale měli zhodnocení nechat na zkušenějším odborníkovi (zdravotní sestře či lékaři), jelikož spolehlivé hodnocení je důležité pro volbu následné terapie. Posuzuje se např.: velikost a hloubka rány, rozsah a stav povlaků, sekrece, příznak infekce (otok, zarudnutí, nažloutlé či zelené povlaky, zápach), bolest, sklon ke krvácení (Hartmann-Rico AS, 2005). Dle posouzení připravíme dostatek materiálu potřebného k převazu. Raději více než méně.

**Čištění rány** – klient může ránu sprchovat čistou vodou (Kelnarová et al., 2006). Čištění slouží k odstranění nečistot, strupů, šupin, zbytků dříve aplikovaných léků. Po koupeli se rána netře, ale jemným ručníkem lehce vysouší.

Ránu vypláchneme vhodným roztokem na rány (př. peroxid, Dermacyn) ze vzdálenosti 10-20 cm od povrchu kůže (Nováková, 2011).

**Ošetření rány a aplikace krytí** – dle velikosti a typu rány zvolíme čtverce a aplikujeme na něj léčebný přípravek, přiložíme na ránu a na závěr přiložíme dostatečné množství suchých čtverců, abychom zabránili prosakování rány (Kelnarová et al., 2006). Nespotřebované léčivo a materiál nevracíme zpět na zásobní místo. Při aplikaci léků z tuby se nedotýkáme jejím ústím ošetřované kůže (Nováková, 2011). Dle potřeby měníme rukavice. Vhodné je ošetřit a chránit kůži v okolí rány (př. zinková pasta). Na závěr kryjeme obvazem a fixujeme náplastí (Kelnarová et al., 2006).

- **Frekvence výměn obvazů**

Pro dobrý průběh hojení rány je důležitá jak šetrná výměna obvazů, tak i správná doba. Frekvence závisí na stavu rány a na vlastnostech použitého krytí. Měli bychom se vyvarovat zbytečným výměnám z důvodu narušení klidu rány, také i z finančních důvodů. Obvaz pravidelně kontrolujeme (informujeme i klienta) a odstraňujeme jestliže: si klient stěžuje na bolest, objevuje se u něj horečka, obvaz je znečištěn a promočen, uvolnila se fixace či obvaz příliš škrtí.

V případě čištění rány (př. vytékající hnis) a infekce, měníme obvaz obvykle jednou až dvakrát denně. Jestliže je rána čistá, bez známek infekce je možné frekvenci výměny zredukovat. Některé přiložené materiály mohou na ráně zůstat i několik dní (Hartmann-Rico AS, 2005). Vždy klienta edukujeme o frekvenci převazu a snažíme se ho motivovat k další návštěvě našeho či odborného zdravotnického zařízení.

### **5.2.3 Příklady používaných léčivých přípravků**

Léčivých přípravků je velmi mnoho a není možno je v této práci obsáhnout. Uvádím zde pouze příklady přípravků, které jsou dále v této práci uváděny.

- **Oplachy ran**

**Peroxid vodíku 3%** - používá se k oplachování jako dezinfekce a k rychlejšímu zastavení krvácení u menších ran (př. odřeniny, oděrky, řezné a tržné rány, bodnutí hmyzem). Nedoporučuje se použití u rozsáhlých a hlubokých ran (SÚKL,2013a).

**Dermacyn** – používá se k ošetření akutních a chronických ran, odřenin, popálenin, bércových vředů. Podporuje hojení, vytváří vlhké prostředí v ráně, redukuje zápach, ničí bakterie, viry, spory a kvasinky. Možné použití i jako obklady (A care a.s., 2013).

**Betadine** – kožní roztok. Používá se k dezinfekci pokožky a sliznic. Likviduje bakterie, viry, plísňe a prvoky. Nesmí se používat při alergii na jód (SÚKL, 2013b).

- **Protizánětlivé přípravky**

**Heparoid Léčiva** – používá se k léčbě poúrazových otoků, zánětu povrchových žil a jejich okolí, zabraňuje tvorbě krevních sraženin, urychluje vstřebávání hematomů. Nesmí se používat na sliznice, oči a otevřené rány (SÚKL, 2013c).

**Ibalgin Duo Effect** – proti Heparoidu obsahuje navíc ibuprofen, tím také potlačuje bolest, zmírňuje záněty a otoky. Používá se zejména na poúrazové stavy, otoky a krevní podlitiny, záněty povrchových žil a okolí, ke změkčení ztuhlé kůže při žilní nedostatečnosti, bolesti kloubů a šlach. Opět nepoužívat na sliznice, oči a otevřené rány (SÚKL, 2013d).

**Višněvského balzám** – používá se k léčbě postupujícího kožního zánětu, flegmóny, abscesu, růže a dalších. Působí desinfekčně, protizánětlivě a má lehce znecitlivující účinek. Urychluje ohraničení zánětu a vyhnisání. Nepoužívat na otevřené rány (SÚKL, 2013e).

**Betadine mast** – má antiseptický, desinfekční účinek, účinkuje proti bakteriím, virům, plísním a prvokům. Používá se na popáleniny, tržné rány, odřeniny, bércové vředy a různá kožní onemocnění spojená s infekcí. Nepoužívat při alergii na jód (SÚKL, 2013f).

**Saloxyl** – používá se při léčbě infekčních, hnisavých a infikovaných plísňových onemocnění, impetigu, k odstranění vysokého nánosu šupin. Má protizánětlivý a dezinfekční účinek, snižuje tvorbu mazu, tlumí svědění (SÚKL, 2013g).

- **Podpora hojení ran**

**Calcium pantothenicum** – používá k podpoře hojení drobných poranění, sliznic a tvorbě nové tkáně. Využití má při oděrkách, popálení, podráždění kůže, chronických ran, ekzémů a opruzenin. Mast je vhodná i pro suchou kůži (SÚKL, 2013h).

- **Antibiotické masti**

**Bactroban** – antibakteriální přípravek působící proti většině mikroorganismů způsobující infekci kůže. Používá se při léčbě kožních infekcí způsobené bakteriemi, př. impetigo, menší infikovaná poranění (rány, spáleniny, kousnutí hmyzem). Neměl by se používat déle než 10 dní (SÚKL, 2013i).

## 5.2.4 Klient ve zdravotnickém zařízení

- **Návštěva zdravotnického zařízení**

V této práci jsem se již několikrát zmínila o tom, že rozhodnutí odkázat klienta na specializované zdravotnické služby mnohdy bývá právě na pracovnících nízkoprahových služeb. Posouzení stavu je vždy individuální a záleží také na zkušenostech pracovníků.

Jmenujme si zde základní varovné příznaky, kdy není třeba otálet a klienta bychom měli vždy ihned odkazovat na specializovaná zdravotnická pracoviště. V prvním případě, pozorujeme-li u klienta výrazné zhoršení stavu.

Tím může být: nevysvětlitelná neustupující bolest, celková schvácenost, vysoké horečky, zimnice, třesavky, záchvaty kašle, náhlé otoky končetin, rychlé hubnutí, náhlá celková sešlost, postupující abscesy a flegmóny, opakující se epileptické záchvaty, sebevražedné myšlenky (Školoudová, 2013).

V dalším případě nejsme-li schopni rozpoznat obtíže a klientovi podat informace, odkazujeme klienta alespoň na zkušené kolegy (ideálně zdravotníky) nebo přímo na specializované zdravotnické zařízení.

- **Doporučení k vyšetření**

Pro lepší spolupráci se zdravotnickým zařízením, je možné klientovi napsat doporučení k vyšetření. Doporučení z nízkoprahové služby může usnadnit diagnostiku, zajistit ohleduplnější jednání zdravotnického personálu a také uklidnit klienta (méně strachu ze stigmatizace). Konečná, Paličková a Spůrová (2012) z TP a KC Sananim mají s doporučením klientů dobré zkušenosti. Uvádím zde údaje, které je příhodné v doporučení sdělovat. Vzor doporučení v příloze č. 3.

V první části doporučení uvádíme základní údaje o klientovi (jméno, příjmení, rodné číslo, pojišťovna a adresa). Dále stručně popisujeme klientovu zdravotní a drogovou anamnézu – alergie, vážná onemocnění, úrazy a operace, užívané léky a drogy (množství, frekvence a způsob), zmíníme klientovu sociální anamnézu – zda má doklady a bydlení. V poslední fázi popíšeme klientovi aktuální obtíže (čas trvání, lokalizace obtíže, průběh, další přidružené obtíže) a následně dosavadní řešení (ne/ošetřovány, čím, kde). V závěru uvádíme poděkování za převzetí klienta do péče, podpis a razítko zařízení.

- **Příprava klienta k lékaři**

Pracovník NS informuje klienta, z jakého důvodu je do zařízení odeslán a jaké mu hrozí rizika, jestliže zařízení nenavštíví. Jestliže známe zdravotnické zařízení, do kterého klienta odesíláme, informujeme ho o tom, jak to v zařízení probíhá. Snaha o edukaci a motivaci IUD ze strany léčebného zařízení spolu s HR programy, mohou mít příznivý vliv na prevenci a prognózu somatických komplikací (Dvořák, 2012). V praxi se osvědčuje asistenční služba



nebo telefonické vyjednání vyšetření klienta a spolupráce mezi institucemi. Před odchodem klienta do zdravotnického zařízení mu dle možností kontaktního centra nabízíme sprchu a čisté oblečení (Školoudová, 2013), probíráme s ním jeho obavy, očekávání, motivujeme ke spolupráci a podporujeme.

- **Hospitalizace**

MUDr. Dvořák (2012) z Infekčního centra pro drogově závislé ve FN Motol popisuje přístup ke klientům na jejich oddělení. Přístup k IUD ve zdravotnickém zařízení má svá specifika vzhledem k jejich životnímu stylu. Úspěchy vyšetření a léčby zdravotních komplikací IUD bývají často komplikovány, především tím, že IUD přicházejí často ve velmi pokročilých stavech. Dále také léčbu může komplikovat nedostatečná spolupráce, manipulace, zkoušení hranic, agresivita a předčasný odchod IUD. Při příjmu jsou často ještě pod vlivem drogy. Aktivní uživatel drog by měl být od ostatních klientů izolován, aby se předcházelo konfliktům mezi pacienty, narušení nemocničního řádu a rovněž i z bezpečnostních důvodů (riziko drobných krádeží apod.). Přes letité injekční užívání drog klienta se setkávají se zvýšeným vnímáním integrity těla a obav až odmítání invazivních výkonů (př. zavedení žilního vstupu). V rámci tělesné terapie tak indikují anxiolytika, hypnotika apod. Nedílnou součástí léčby je i buprenorfinová substituční léčba z důvodu zamezení abstinčního syndromu u klientů užívající opiáty a klienti by tak na oddělení déle vydrželi. Po dohodě s klientem jsou schopni se snažit o detoxifikaci a spolupracovat s následnou péčí (př. terapeutické komunity). U klientů na stimulačních drogách se setkávají s tím, že většinu hospitalizace dohání spánkový deficit. V případě rozvoje toxické psychózy překládají na psychiatrické oddělení.

- **Propuštění**

Po propuštění klienta z nemocnice je příhodné od klienta získat lékařskou zprávu. Z lékařské zprávy nás v praxi NS zajímá především průběh hospitalizace a doporučení k další péči. Dle toho můžeme s klientem spolupracovat a motivovat k dalšímu doléčování.

### **5.3. Bakteriální infekce kůže a měkkých tkání**

Vznik kožních infekcí u injekčních uživatelů drog je spojen s nesterilní aplikací drogy a mnohdy také s nízkými hygienickými podmínkami. Lokální neboli povrchové záněty postihující kůži, sliznice a měkké tkáně jsou takové, které málokdy přivedou klienta k lékaři. Většinou je to proto, že klient zpočátku necítí velké obtíže a má nechuť vyhledat zdravotnickou pomoc. Nejčastěji se těmito obtížemi setkáváme právě v nízkoprahových službách a bývá na nás, zda klienta odešleme k lékaři. Nejčastějšími infekcemi u IUD jsou abscesy, flegmóny, impetigo a hnisavé infekce chronických bércových vředů. Průběh a prognózu zčásti ovlivňuje i její lokalizace. Dlouhodobí IUD či ti, kteří se snaží vpichy skrýt a nemají dobře přístupné žíly, se uchylují k aplikaci např. do krku a třísel. Následkem mohou být abscesy hlubokých tkání krku nebo mediastina. Obecně můžeme říci, že povrchové infekce lze léčit pouze lokálně, při infekci podkoží a hlubších tkání je nutno nasadit antibiotickou léčbu (Dvořák, 2012).

#### **5.3.1 Prevence infekcí u injekčních uživatelů drog**

Důležitým preventivním opatřením je vzdělávat klienty o bezpečné injekční aplikaci, správných injekčních technikách a péči v oblasti výběru injekčních míst.

##### **Vhodné rady pro IUD:**

- Vždy používat nové injekční náčiní - jehly, stříkačky, vody, rozdělávačky, dezinfekci a filtry.
- Před aplikací omýt ruce mýdlem a vodou, vyčistit místo k aplikaci alkoholovým tampónem.
- Vyhnout se subkutánní či intramuskulární aplikaci.
- Vyhnout se nebezpečným žilám jako tříselné a stehenní žíly, žíly na krku, nohou, prsou a penisu.
- Snížit frekvenci injekčních aplikací.
- Střídat místa vpichu a aplikovat vždy ve směru toku krve k srdci.
- Pomalá aplikace drogy.

- Vyhnout se opakovanému proplachování a odtahování krve při injikování.
- Po aplikaci pomalu odstraňovat jehlu z žíly a místo držet suchou buničinou.
- Nekombinovat léky a neaplikovat tablety či tobolky (je-li to možné), případně alespoň filtrovat.
- Nesdílet rozdělačky při míchání směsi.
- Zajistit včasnou diagnostiku a léčbu infekce (SAHARA Centre for Residential Care and Rehabilitation, 2012).

### 5.3.2 Abscesy

- **Charakteristika**

Absces je místní hnisavý zánět, tedy dutina vznikající zkapalněním postižené tkáně. Je vyplněná hnisem, který je tvořen exsudátem se zbytky leukocytů, bakterií a mrtvých tkání. Zpočátku je opouzdřen pouze rozpadlou tkání a fibrinem. Později je absces opouzdřen pevnou membránou, která brání průniku antibiotik k ložisku. Rozvoj abscesu může trvat dva až pět dní, ale někdy se může vyvinout i okamžitě. Postižená část může být horká, zarudlá, oteklá. Absces se může spontánně provalit navenek a vzniká hnisavá píštěl. Důležité je zde zmínit, že se absces se může objevit v kterékoliv části těla. Většina injekčních uživatelů drog má abscesy na kůži v důsledku nebezpečné injekční aplikace. Abscesy jsou obvykle způsobeny bakterií *Staphylococcus aureus* a *Streptococcus pyogenes* (Minařík, Hobstová, 2003). V prvním případě abscesy vždy patří vždy k chirurgickému vyšetření.

- **Příčina**

U IUD dochází k abscesům v důsledku mnoha faktorů – od aplikovaných léků po nebezpečné injekční postupy, výraznou roli hraje také fyzický stav IUD. Nejčastější faktory jsou shrnuty v tabulce č. 5.

Tabulka č. 5 : Faktory zvyšující riziko vzniku abscesu - vlastní zpracování dle SAHARA Centre for Residential Care and Rehabilitation (2012)

Faktory související s drogami	Faktory související s injekční aplikací	Individuální faktory
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ aplikace tablet připravovaných v nesterilních podmínkách, proti injekčním roztokům</li> <li>▪ aplikace tablet obsahující pomocné látky (př. škrob, laktóza) + chemické látky nezbytné pro rozpuštění</li> <li>▪ aplikace látky s nežádoucí příměsí (př. křída, cukr)</li> <li>▪ aplikace nerozpustných částíček tablet (př. u Subutexu)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ aplikace v nevhodném prostředí, kde je vyšší možnost zanesení infekce (př. toalety, opuštěné domy)</li> <li>▪ aplikace ve spěchu</li> <li>▪ nedostatečný nácvik bezpečné aplikace</li> <li>▪ nepoužívání dezinfekce před vpichem</li> <li>▪ aplikace vody nevhodné k injekční aplikaci</li> <li>▪ aplikace do nevhodných žil</li> <li>▪ únik látky mimo žílu během injikování</li> <li>▪ sdílení jehel a stříkaček + dalšího materiálu</li> <li>▪ opakované injikování jednou jehlou, otupení hrotu vede k poškození žíly</li> <li>▪ opakované injikování do jednoho místa</li> <li>▪ subkutánní či intramuskulární aplikace (zhoršená absorpce látky vede k poškození tkáně)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ špatná výživa</li> <li>▪ zhoršený imunitní stav</li> <li>▪ HIV infekce</li> </ul>

• **Příznaky**

Příznaky abscesu se liší v závislosti na tom, kde se nacházejí. Absces se může projevovat vyklenutím postižené oblasti, horkostí, výraznou bolestivostí

a zarudnutím, na pohmat jako tekutinou vyplněný útvar (Minařík, Řehák, 2008). Někdy je u abscesu přidružená zvýšená teplota, zimice a třesavky.

SAHARA Centre for Residential Care and Rehabilitation (2012) rozděluje absces do následujících fází:

- **Tvrdá boule**

Zpočátku se objeví bolestivá boule. Tato boule je červená, teplá a bolestivá na dotek.

- **Plnění hnisu**

Jak absces postupuje, objevuje se tzv. "bod". V této fázi se může absces samovolně provalit a vést k vypouštění hnisu – vzniká hnisavá píštěl.

- **Vřed**

Z hnisavé píštěle většinou vzniká vřed. Vřed je otevřená rána, která může i nemusí vypouštět hnis. Při správné péči a léčbě, může být vřed zhojen tvorbou jizvy v postižené oblasti.

- **Ischémie a další komplikace**

Není-li řádně postaráno o vřed, může přerůst do tzv. nehojícího se vředu a může být přítomen dlouhodobě.

Absces může zvýšit tlak uvnitř tkáně a přerušit přítok krve díky ucpání tepny. To vede ke vzniku **ischemie** (nedokrevnosti tkáně či orgánu), která může způsobit poškození nebo odumření tkáně.

Infekce z abscesu se může provalit až na kost, což vede k **osteomyelitidě** (infekci kostí). Osteomyelitida se projevuje bolestí v kostech, horečkou, nevolností a otoky končetin. Jedná se o nebezpečný stav, který může vést k amputaci nebo trvalým obtížím s pohybem končetin.

Absces je mezi injekčními uživateli drog častým problémem. Ačkoliv jsou u abscesu komplikace vzácné, mohou být velmi závažné a vyžadují hospitalizaci. Je důležité, aby poskytovatelé služeb byli schopni příznaky těchto komplikací včas rozpoznat a doporučit klientovi vyšetření v nemocnici a byla zahájena léčba.

- **Terapie dle fází**

Léčba by měla být zahájena již od počátku obtíží, aby se předešlo komplikacím. V praxi se lze setkat s tím, že klient přichází již v pokročilé fázi abscesu. Často je na pracovnících rozhodnout, jakou péči klient vyžaduje. Nutno je zde zmínit, že abscesy v jakékoliv fázi patří vždy do rukou chirurgie. Teprve není-li klient schopen dorazit do specializovaného zdravotnického zařízení, můžeme se pokusit alespoň o základní ošetření a léčbu.

**Abscesy na krku, v podpaží či tříslech** v praxi NS nikdy neošetřujeme a klienta odkazujeme urychleně k lékaři, jelikož mohou způsobit vážné komplikace (provalení abscesu dovnitř, utlačení důležitých cév, zánět mediastina apod.).

Poskytují zde základní přehled řízení abscesů pro jednotlivé fáze, léčba ovšem závisí na individuálním přístupu. V případě jakékoliv léčby se zpočátku zaměřujeme na odstranění příčiny. Pro příklad: IUD opakovaně aplikuje do stejného místa, tvoří se absces – IUD se zaměří aplikaci do jiného místa, případně jiný způsob aplikace.

V případě, že klient **aplikuje drogu mimo žílu** (hrozí riziko vzniku abscesu), máme zkušenosti s tím, že bezprostředně po aplikaci postačí studený obklad. Dále postupujeme dle fází abscesů.

- **Tvrdá boule**

Tuto fázi jsme většinou schopni zvládnout s klientem v rámci ošetřování v NS. Jestliže je boule malá, klient přichází první den, aplikujeme protizánětlivé a analgetické masti (př. Heparoid, Ibalgin Duo effect), můžeme krýt obvazem. Další vhodná doporučení jsou teplé obklady pro zrání abscesu a udržování v čistotě (SAHARA Centre for Residential Care and Rehabilitation, 2012). Klientovi je doporučena návštěva na druhý den ke kontrole. V případě zmírnění obtíží pokračujeme aplikací protizánětlivých mastí po dobu několika dní do vymizení obtíží.

Nedojde-li ke zlepšení, boule se zvětšuje, aplikujeme Višněvského balzám na gázu, přiložíme na postižené místo a kryjeme obvazem. Klientovi znovu doporučujeme návštěvu na druhý den. Převoz provádíme jednou denně či ob den po dobu několika dnů, dokud se zánětlivé oblasti uleví (SÚKL, 2013e). Klient je vždy poučen o účincích Višněvského balzámu a rizicích při dlouhodobém přiložení bez kontroly. Aplikace balzámu do otevřené rány může ránu prohloubit a zhoršit průběh hojení. Pokud by do tří dnů nenastalo zlepšení nebo se situace horšila, klientovi doporučujeme lékařskou pomoc na chirurgii, kdy je pravděpodobně nevyhnutelné chirurgické řešení.

#### ▪ **Plnění hnisu**

V případě plnění hnisu je doporučeno staré pravidlo „ubi pus ibi evacua“ (pokud je hnis, vypusť jej). Klientovi doporučujeme ošetření na chirurgii, kde je provedena incize (řez), drenáž a vyčištění ložiska. Dle povahy infekce se lékaři rozhodují o nasazení antibiotik (Duda, 2001). Někdy se stane, že absces samovolně praskne.

**Rána s vytékajícím hnisem** se v praxi obvykle převazuje každý den, někdy je třeba i několikrát za den v závislosti na množství vytékajícího hnisu. Ránu vypláchneme (př. Betadine roztok, Dermacyn, pozor nedoporučuje se Peroxid vodíku), na gázu nanese např. Betadine mast a ránu kryjeme obvazem. Má-li NS podmínky k vydávání obvazového materiálu, vydáváme dostatek potřebného k převazu do plánované kontroly.

V praxi se lze setkat s klienty se zavedenými **drény** po chirurgickém zákroku. Drény slouží k odvedení hnisu z rány ven, zabraňují předčasnému uzavření rány před úplným vyprázdněním hnisu, který by mohl zkomplikovat hojení rány. Drény by se neměli předčasně či naopak později odstraňovat. V rámci ošetření v NS drény nikdy nevytahujeme, klienty odkazujeme zpět do zdravotnického zařízení ke kontrole. Jsme schopni drenáž opláchnout např. Betadine roztokem a znovu překrýt gázou a obvazem.

- **Vřed**

V praxi ošetřujeme jako absces s vytékajícím hnisem. Do těsného okolí rány můžeme nanést např. Zinkovou pastu, která chrání pokožku před podrážděním od vytékajícího sekretu. Kontrolujeme známky infekce, případně klienta odkazujeme k lékaři.

- **Ischémie a další komplikace**

Klienta vždy odkazujeme k lékaři (př. urgentní příjem, interna, chirurgie – dle typu obtíží), v případě ohrožení života voláme rychlou záchrannou službu.

### **5.3.3 Flegmóny**

- **Charakteristika**

Naopak od abscesu, je flegmóna je hnisavý neohraničený zánět šířící se měkkými tkáněmi do okolí. Mnohdy flegmóna postihuje i cévy, lymfatický systém a často pokrývá velké plochy kůže. Nejčastěji bývají postiženy horní a dolní končetiny. Onemocnění vede k postižení hlubokých tkání s tendencí k nekrotickému postižení (odumření tkáně) (Kilian, 2000).

- **Příčina**

Flegmónu nejčastěji způsobují stafylokoky, dále streptokoky, koliformní bakterie a další mikroby, které pronikají přes postiženou část kůže. U IUD je flegmóna často způsobena nesterilní injekční aplikací a přípravou drogy (více viz abscesy). Další častou příčinou u IUD může být říznutí, škrábnutí a následné zanedbání rány či bodnutí hmyzem.

- **Příznaky**

Mezi hlavní příznaky patří zarudnutí kůže v postiženém místě, otok, místo je citlivé, na dotek a bolestivé. Často se objevuje horečka. Průběh flegmóny bývá velmi rychlý. Vyskytne se během několika hodin po vniknutí bakterií do postiženého místa. V centru zánětlivého ložiska se hromadí leukocyty a může zde nastat tzv. kolikvační nekróza (kašovitý rozpad až zkapalnění tkáně). Tímto vzniká absces projevující se bolestivostí na poklep. Při větším abscesu



může být patrná i tzv. fluktuace (pohyb „sem a tam“) (Beneš et al., 2009). S postupujícím onemocněním se infekce šíří do hlubších vrstev kůže. Pokud nebude flegmóna залéčena, zánět bude postupovat do okolních tkání, zasáhne lymfatické a krevní cévy i nervy. Následné komplikace mohou být: žilní trombóza, sepse, zánět kloubů a svalů, nekróza, která může v extrémním případě vést až k amputaci končetiny.

- **Terapie**

Samoléčba flegmóny se nedoporučuje, pouze v případě velmi lehkých případů. V první fázi může postačit přikládání studených obkladů, protizánětlivých mastí (př. Heparoid, v dalším případě Višněvského balzám) a znehybnění postižené části končetiny. V závažnějších případech je nezbytné chirurgické řešení a současně se podávají antibiotika (Beneš, 2009). Klienty v těchto stavech odkazujeme urychleně k lékaři.

### **5.3.4 Hnisavý zánět kůže, impetigo**

V praxi NS přistupujeme k hnisavému zánětu kůže podobně jako k impetigu. Více se tedy zde zmiňují pouze k impetigu.

- **Charakteristika**

Impetigo je vysoce nakažlivá infekce kůže, vyvolaná streptokoky či stafylokoky. Vyskytuje se často u malých dětí a rychle se šíří v kolektivech. Šíření probíhá roznesením (např. nehty, prsty ruky). Nejčastěji je viditelné v obličeji, ale i na dalších místech těla (Niedner, Adler, 2010).

- **Příčina**

Infekci způsobují streptokoky či stafylokoky. Nové a vzdálené puchýřky vznikají roznesením kontaminovanými prsty, oděvy a dalšími předměty.

Důležité je klienty edukovat o obecných opatřeních: pravidelná hygiena rukou, stříhání nehtů na krátko, prádlo vyprat při teplotě 60°C nebo vyhodit, zabránit tělesnému kontaktu s dalšími osobami, zabránit vzájemnému sdílení

oblečení a předmětů, krytí infekčních ložisek gázou nebo náplastí (Niedner, Adler, 2010).

- **Příznaky**

Impetigo se projevuje drobnými, praskajícími puchýřky, které mají zarudlou spodinu, vytvoří se medově žluté krusty (Nováková, 2011). Dokud jsou přítomny krusty, klient je nakažlivý.

- **Terapie**

Zpočátku je důležité odstranit puchýřky (Nováková, 2011). Dle Niednera a Adlera (2010) se dají odstranit pomocí mastí obsahující kyselinou salicylovou (př. Saloxyl), poté se aplikují antibiotické masti (př. Bactroban), ložiska kryjeme. Klientovi doporučujeme puchýřky neškrábat, jelikož tím může infekci přenášet na další části těla. Dle stavu a rozšíření ložisek odesíláme klienta k lékaři, např. infekční oddělení, který podá antibiotika celkově (Nováková, 2011).

### 5.3.5 Bércové vředy

- **Charakteristika**

Bércový vřed (ulcus cruris) je povrchový nebo hluboký defekt nejčastěji na bérce, může se ale objevit např. i v oblasti kotníků. Má nepravidelný, okrouhlý či mapovitý tvar, chybějící kožní povrch a jsou viditelné spodní vrstvy tkáně. Na končetině může být i více defektů najednou (Nejedlá, Svobodová, Šafránková, 2004). Bércové vředy mohou být venózního, arteriálního původu i jejich kombinací. IUD tvoří významnou skupinu pacientů, kteří trpí vředy žilního původu. IUD patří většinou do nižší věkové kategorie než ostatní populace trpící bércovými vředy. Téměř čtvrtina jich je ve věku 30-34 let (Anderson, 2011).

- **Příčina**

Bércové vředy u IUD vznikají nejčastěji chronickou žilní nedostatečností. Žilní krev se dostává k srdci z dolních končetin působením lýtkové svalové pumpy a srdeční činnosti. Chlopně v povrchových a hlubokých žilách zabraňují

zpětnému toku krve. Jakékoliv poškození chlopní (př. po injekční aplikaci, poranění) způsobují to, že chlopně nejsou schopny bránit zpětnému toku krve a krev se tak hromadí v dolní končetině. Toto vede k žilnímu městnání a rozšíření cév, které vytlačují tekutinu z cév a způsobují otok, zhoršuje se prokrvení a vyživení tkání. Následně se ztrácí se ochlupení. Dále do tkáně pronikají červené krvinky a způsobují tvorbu skvrn (tzv. pigmentace). Dlouholetí IUD, kteří již nemají dostatek vhodných míst k aplikaci se uchylují k aplikaci do hlubších žil. Tříselná žíla může být používána i několik let, to způsobuje poškození a zjizvení žilní stěny. To vede ke zvýšení žilního tlaku a kožním změnám (Anderson, 2011).

- **Příznaky**

Indikátory žilní nedostatečnosti dolních končetin jsou bolest a napětí dolní končetiny, otoky, křečové žíly, záněty kůže, změna barvy kůže. Klasickou lokalizací otoku je oblast v okolí kotníku a dolní třetině končetiny. Pro žilní ulcerace jsou dále typické zánětlivé projevy v okolí rány i v ráně. V případě infekce vředy silně exsudují a zapáchají. Dále je typická pigmentace, ekzémové projevy, případně mokvání. Tyto ulcerace mají většinou nepravidelné okraje, různou hloubku rány a různou intenzitu bolesti (Pokorná, Mrázová, 2012).

- **Terapie**

Léčba bércových vředů je velmi náročná a není v možnostech tohoto textu obsáhnout problematiku léčby komplexně a vyčerpávajícím způsobem. Obecně můžeme říci, že je zásadní prevence poranění, podpora prokrvení dolních končetin, eliminace rizikových faktorů (př. kouření, vysoké teploty, injekční aplikace, špatná výživa a další). Klientům v praxi doporučujeme pohyb, kdy se zapojuje svalově žilní pumpa lýtky (př. stoupání si na špičky, „mávání“ špičkama), která napomáhá návratu žilní krve k srdci. Dále může klient bércovým vředům předcházet nošením kompresivních obinadel (postup obvazování komprese v příloze č. 4) či punčoch, v praxi se však setkáváme s negativním postojem. Dále klientům doporučujeme správný oděv a obuv. Nejsou vhodné ponožky se škrťacím okrajem (ten zvyšuje městnání krve v dolních končetinách), případně klientovi ponožky nastříháme. Obuv by měla být pohodlná, mít nižší a širší podpatek. Recidivě bércového vředu je třeba předcházet pravidelným

promazáváním kůže zvláčňujícími krémy, které zabraňují vysychání kůže a tvorbě trhlin. Lékaři mohou také jako prevenci předepsat venofarmaka, která zrychlují hojení vředu a posilují žilní stěnu.

Léčba bércových vředů vyžaduje komplexní přístup a je zaměřena na příčinu onemocnění. Místní hojení rány a výběr léčivých přípravků se odvíjí od aktuálního stavu rány. Ke každé fázi hojení je vhodné užit jiné přípravky. Ideální je klientův stav konzultovat s lékařem. Z praxe víme, že injekční uživatelé mají často k léčbě bércových vředů laxní přístup a léčbu zanedbávají.

- **Doporučený postup při ošetření bércového vředu dle prof. MUDr. Aleny Pospíšilové, CSc:**

1. Vřed osprchujeme vlažnou vodou shora dolů. Sprcha odstraňuje sekret, povlaky a zbytky mastí.
2. Okolí vředu osušíme měkkým ručníkem.
3. Na vřed se přiloží gáza smočená v obkladovém roztoku (př. Dermacyn) a nechá se působit asi 20 minut. Můžeme také použít roztok Hypermanganu.
4. Okolí rány se ošetří zinkovou pastou, aby kůže v okolí byla chráněna před nežádoucím účinkem sekretu z rány a mastí, které se na spodinu vředu aplikují.
5. Ošetří se vřed – mast se nanese na ránu (v podmínkách NS nejčastěji Betadine mast) nebo se překryje nejdříve jednovrstevnou gázou, na kterou se nanese mast určená k jeho ošetření.
6. Přiloží se vícevrstevné čtvercové krytí z gázy a provede se fixace obinadlem.

## **5.4. Infekce krevního řečiště**

### **5.4.1 Povrchové záněty žil**

- **Charakteristika**

Zánět povrchových žil neboli tromboflebitida je u injekčních uživatelů drog velmi častým onemocněním. Jedná se o postižení povrchových žil zánětem

a vznikem trombů (Šafránková, Nejedlá, 2006), dále dochází k poškození žilní stěny a zpomalení žilního odtoku.

- **Příčina**

U IUD vznikají záněty především díky používání nesterilních pomůcek k injekční aplikaci, nesterilní přípravě drogy, opakovanou aplikací používanými jehlami, vzájemným půjčováním jehel a stříkaček při nedostatku vlastních (Minařík, Hobstová, 2003). Tromboflebitida může vzniknout vniknutím bakterií či jako následek traumatu, u IUD typicky opakovanou injekční aplikací.

- **Příznaky**

Typickými příznaky zánětu žil jsou: viditelný zarudlý pruh v průběhu žíly až zatvrdlina po zánětu, bolest, jednostranný otok končetiny (Šafránková, Nejedlá, 2006), místo zánětu bývá teplejší než okolní kůže, kůže poblíž často svědí.

- **Terapie**

Povrchové záněty žil většinou nevyžadují pobyt v nemocnici. V praxi návštěvu lékaře a hospitalizaci klientovi doporučujeme v případě vzniku komplikovaného zánětu. Klientovi radíme přikládání studených obkladů na postižené místo a aplikaci protizánětlivých mastí (př. Heparoid, Ibalgin duo effect). Jestliže klient pociťuje bolest v končetině, snažíme se omezit pohyb, například fixací trojcípým šátkem nebo bandáží. V případě zvýšené teploty klienta odkazujeme k lékaři (př. interní oddělení), jelikož je příznivé podat antibiotika a protizánětlivé léky působící celkově (Šafránková, Nejedlá, 2006).

## **5.4.2 Hluboká žilní trombóza**

- **Charakteristika**

Hluboká žilní trombóza (tromboflebitis) znamená vznik trombů (krevních sraženin) nejčastěji v hlubokých žilách dolních končetin nebo pánevních žilách. Často je provázená zánětem žil. Akutní komplikací může být embolizace do plic (Šafránková, Nejedlá, 2006).

- **Příčina**

Příčinou u IUD může být injekční aplikace, kdy vždy dochází k poškození cévního systému. Dlouholetí IUD, kteří mají omezený počet míst k injekční aplikaci se uchylují k aplikaci např. do třísel. Opakované vstupy do velkých cév mají riziko vzniku mikrotraumat, jež vedou k tvorbě trombóz s následnou ischemií tkání. K tvorbě trombů přispívají i nečistoty a rozpouštědla, která způsobují místní poškození. Trombus může být zpočátku bez bakterií, ale později dochází k jejich osídlení (Minařík, Hobstová, 2003), což vede k septické tromboflebitidě vyžadující léčbu antibiotiky.

- **Příznaky**

Dle Dvořáka (2013) se tromboflebitida hlubokých žil v dolních končetinách projevuje výrazným otokem a bolestivostí znemožňující chůzi, kůže je zarudlá a napjatá.

Při utržení trombu dochází k masivní embolizaci do plic a srdečnímu selhání. Při drolení malých částec trombu dochází k uzavírání menších cév v plicích a dojde ke ztrátě plic okysličovat krev. Infikované částičky mohou způsobit tzv. plicní abscesy.

- **Terapie**

Klienta s příznaky hluboké žilní trombózy v praxi ihned odesíláme na urgentní příjem či internu. Onemocnění je indikací k urychlené hospitalizaci, která vyžaduje léčbu antikoagulancii podávané žilní nebo podkožní cestou. Antikoagulancia zlepšují žilní průchodnost a rozpouštějí trombus. Později se přechází na perorální způsob podávání a jsou nutné pravidelné kontroly. Aktivní uživatelé drog léčbu často nedodržují a tak nedojde k úplnému zahojení trombózy. Nedohožením vzniká žilní neprůchodnost, která vede k tvorbě nehojících se bércových vředů a vzniku opakovaných infekcí. Nemocného může kdykoliv postihnout embolizace do plic (Minařík, Hobstová, 2003).

Praktické rady, které klientovi po propuštění z nemocnice poskytujeme: nesmí nosit škrtkový oděv (zejména ponožky), neměl by dlouho postávat na místě, měl by končetiny pravidelně procvičovat (př. výstupy na špičky), měl by správně

umět zabandážovat končetinu nebo nosit elastické punčochy (prokrvují končetinu), měl by nosit obuv s přiměřeným podpatkem (např. ne tenisky) (Šafránková, Nejedlá, 2006). A motivovat ho ke kontrolním návštěvám lékaře.

### 5.4.3 Infekční endokarditida

- **Charakteristika**

Infekční endokarditida je život ohrožující onemocnění, jehož podstatou je přítomnost infikovaného trombu (vegetace) na srdeční chlopni (Beneš et al., 2009). Jde o velmi závažné onemocnění ohrožující život. U IUD v horečnatém stavu by se mělo vždy pomýšlet na možnost endokarditidy, jelikož na začátku onemocnění nemusí být žádný jiný příznak (Kabelková, 2009).

Dle Dvořáka (2013) je pozorován nárůst pravostranných (zprava přitéká krev ze žilního systému) infekčních endokarditid, především u injekčních uživatelů Subutexu. Mezi rizikové faktory vzniku endokarditidy je injekční užívání drogy a délka drogové kariéry. Bakterie jsou u IUD ve velké koncentraci přítomny v místech opakovaných vpichů (loketní jamky, třísla apod.).

- **Příčina**

Nejčastější příčinou je *Staphylococcus aureus*, který se hojně vyskytuje na povrchu kůže. Principem vzniku tohoto onemocnění je mechanické poškození povrchu srdeční chlopně a přítomnost bakterií v krevním oběhu. U IUD dochází k poškození chlopně nerozpuštěnými částicemi drog, které tzv. obrousí povrch chlopně. Nesterilním vpichem nebo bakteriemi kontaminovanou drogou dochází k zanesení infekce do krevního oběhu. Na poškozené chlopni se postupně začne utvářet tzv. vegetace – na „obroušený“ povrch chlopně nasedají a shlukují se krevní destičky a další komponenty krevní srážlivosti. Do vytvářející se vegetace se zachytí bakterie přítomné v krvi a začnou rychle množit. Vegetace je „ideální“ prostředí pro růst bakterií. Rozvíjející se infekci není imunitní systém člověka schopen potlačit a vlastními silami zničit.

Jediná účinná prevence endokarditidy je neaplikovat drogy injekčně. Jestliže uživatel není schopen opustit injekční užívání, je nutné dodržovat principy

„harm reduction“. Z pohledu rizika infekční endokarditidy především sterilní podmínky aplikace, sterilní jehly, hygiena kůže, uchování drogy v co nejčistším prostředí a co nejvíce „hygienická manipulace s drogou“. Tato doporučení u mnohých naráží na špatné sociální podmínky. Důležité je snažit se jim co nejvíce přiblížit.

- **Příznaky**

Endokarditida se projevuje jako akutní horečnaté onemocnění. Poměrně náhle se objeví vysoké horečky, zimnice, třesavky. Dále se mohou objevit i dechové potíže (především klidová nebo námahová dušnost), kašel. IUD často do zdravotnického zařízení přicházejí pozdě, s již rozvinutými komplikacemi – těžký septický stav, srdeční selhání, známky krvácení do kůže, rozvinuté komplikace (př. druhotný zánět plic, při levostranné endokarditidě také embolizace do mozku či jiných orgánů). Takový klient může mít již těžce postiženou chlopeň a je ohrožen selháním srdce. Často je tak indikován k operaci. Včasným vyhledáním lékařské péče se těmto komplikacím nebo i operačnímu řešení dá předejít (Dvořák, 2013).

- **Terapie**

Klienty s nejasnými komplikacemi a příznaky v praxi odesíláme ihned do zdravotnického zařízení (ICDZ, interní oddělení). Klient s podezřením na endokarditidu je ihned hospitalizován na jednotce intenzivní péče. Odebere se krev na hemokultivační a další krevní vyšetření, poté se podávají antibiotika. Proveďte se ultrazvuk srdce, rentgen plic a případně další vyšetření. Pokud je klient v septickém stavu, podávají se léky na podporu krevního oběhu. Dle výsledků se rozhodne, zda léčba bude konzervativní (pomocí antibiotik) či je nutná operace.

Operační řešení je nutné také tehdy, pokud původní konzervativní léčba selže. To znamená, že stav pacienta se horší a nedaří se infekci zvládnout. Cílem operační léčby je vyléčit infekci poškozenou chlopeň a odstranit ložisko infekce.

Celková léčba endokarditidy trvá zpravidla 6 týdnů. Po celou tuto dobu pacient dostává injekčně vysoké dávky antibiotik. Po přeléčení a zahojení endokarditidy jsou důležité pravidelné kontroly, protože trvá výrazně vyšší riziko



další endokarditidy, (tzv. recidivy či relapsu) nežli u plně zdravého jedince. Například při zubních zákrocích se musí krátkodobě užívat antibiotika, aby bakterie procházející z dutiny ústní do krve, znovu neinfikovaly dříve postiženou chlopeň. Pokud klient dále pokračuje v nitrožilním užívání drog, je výrazně vyšší riziko recidivy. Takové stavy mnohdy nelze operovat, antibiotická léčba selhává a nemocní umírají. Po ukončení hospitalizace by měl klient docházet na pravidelné kontroly, po operaci také na kardiochirurgické kontroly (Dvořák, 2013).

## **5.5. Parazitární onemocnění kůže**

### **5.5.1 Zavšivení**

- **Charakteristika**

Zavšivení (nebo-li pedikulóza) je parazitární onemocnění vyvolané vší, která se živí lidskou krví. Délka vývoje je 16 – 40 dnů.

- **Příčina**

Zavšivení způsobuje veš vlasová, veš ohanbí nebo veš šatní (ta se u nás zpravidla nevyskytuje). Všechny se přenášejí z člověka na člověka. Nejčastěji k přenosu dochází přímým kontaktem, sdílením tkanin (ručníků, spacáků, oblečení, čepic, matrací, spodním prádlem apod.) a společným hřebenem.

- **Příznaky**

Veš vlasová – samička vši, která se pohybuje se ve vlasech (proto je někdy i hůře viditelná), začne několik hodin po napadení klást vajíčka neboli hnidy. Hnidy nejčastěji nalezneme za ušními boltci a na týlu. Veš sají krev a způsobuje úporné svědění. Do rozškrábané kůže se může dostat infekce a onemocnění se tak komplikuje hnisavou kožní infekcí. Infekce může vést k mokvání a dalším obtížím.

Veš ohanbí (muňka či filcka) – přenáší se při sexuálním kontaktu nebo sdílením ložního prádla (spacáků, dek, křesla, židlí, matrací). Filcky

se objevují v ochlupení genitálií, řitní oblasti, podpaží, někdy i v obočí. V místě sání vznikají modravé skvrny, které silně svědí.

Pohledem je snazší vidět hnidy než vši. Někdy je vidět hemžící se vši v ochlupení (Nejedlá, Svobodová, Šafránková, 2004).

- **Terapie**

Vši odolávají působení vody, šamponů a česání vlasů běžným hřebenem. Nejjednodušším řešením je ostříhání vlasů na délku pod 1 cm. V takto krátkých vlasech vši žít nemohou. Dále je možné použít šampon či sprej nebo šampon proti vším (např. Diffusil H). Proceduru je nutno opakovat po 8–10 dnech, protože většina přípravků nezabíjí hnidy. Smyslem opakovaného použití je likvidace vší, které by se eventuálně mohly vylíhnout z nepoškozených hnid (Niedner, Adler, 2010). Hnidy se dají odstranit namočením vlasů do teplé octové vody a vyčesávání jemným hřebenem. Je třeba vyměnit a vyprat oblečení, ložní prádlo, spacáky, matrace a vydesinfikovat hřebeny (Nejedlá, Svobodová, Šafránková, 2004). Není-li možno vyprat, předměty uzavřeme na 2-4 týdny do neprodyšného sáčku nebo se na několik dní umístí na mráz. Důležité je pátrat i po tom, kdo další z klientova okolí má vši a je nutno též přeléčit, aby se předešlo k dalšímu šíření (Niedner, Adler, 2010).

## **5.5.2 Svrab**

- **Charakteristika**

Svrab je onemocnění, které často vede k malým epidemiím, převážně v lůžkových, sociálních zařízeních nebo na squatech. Inkubační doba je 2-6 týdnů.

- **Příčina**

Svrab způsobuje zákožka svrabová, která je prostým okem neviditelná. Přenáší se kontaminovaným prádlem nebo přímo tělesným stykem z člověka na člověka. Oplodněná samička se zavrtává pod kůži a vyrábí chodbičky asi 1cm dlouhé, v nichž klade vajíčka.

- **Příznaky**

Hlavním příznakem je úporné svědění stupňující se v noci a v teplém prostředí, kdy zákožky opouštějí chodbičky. Na kůži jsou vidět dva červené pupínky, kryté krustou. Od pupínků se táhnou chodbičky vyplněné vajíčky. Nejčastěji bývají postižena místa v meziprstí na ruce i u nohou, zápěstí, podpaží, okolí prsních bradavek, pupku, v kůži penisu a okolí genitálií. Svrab je velmi lehce zaměnitelný s ekzémem. Rozškrábáním může vzniknout hnisavá infekce. Zánětlivé projevy jsou projevem alergické odpovědi (Gavlasová, Badurová, 2012).

- **Terapie**

Klienta s podezřením na svrab v praxi zasíláme na dermatologii či infekční oddělení. Léčba vyžaduje péči jednou či dvakrát denně po dobu tří dnů, pro kterou uživatelé drog často nemají vhodné podmínky (př. sprcha, čisté lůžkoviny). Obecné rady pro klienty: nejprve se umyjí teplou vodou a mýdlem, osuší jednorázovým ručníkem a celé tělo se promaže léčebným přípravkem (př. Infectoscab), vezmou si čisté oblečení. (Nováková, 2001). Pro zklidnění kůže a svědění, které často přetrvává i po léčbě se podávají antihistaminika (př. Analergin) a kůže se promazává mastnými krémy (Gavlasová, Badurová, 2012).

Veškeré prádlo (oblečení, boty, spacák, matrace apod.) se musí vyprat při 60°C nebo alespoň větrat několik dní. Každý den se musí měnit čisté prádlo. Nutno je opět pátrat po dalších osobách z okolí klienta, kteří mají stejné obtíže (Niedner, Adler, 2010).

## **5.6. Mechanické rány**

- **Charakteristika**

Mechanické rány rozdělujeme dle druhu na **řezné** (hladké okraje), **tržné** (nepravidelné a roztržené okraje, často infikované), **bodné** (hluboké, méně viditelné, riziko infekce), **tržně - zhmožděné** (roztrhané okraje s krevním

výronem), **odřeniny** (sedřená vrchní část kůže, často znečištěné pískem, prachem apod.) a **střelné rány**.

- **Terapie**

Postup při ošetření je individuální vzhledem k charakteristice, velikosti, vzhledu, stáří apod. Při rozsáhlých ranách v praxi odkazujeme do zdravotnického zařízení. Popisují zde typické situace a zkušenosti z praxe.

Jedná-li se o **čistou ránu**, která **krvácí**, snažíme se primárně o zastavení krváčení, poté vyčistíme 3% peroxidem vodíku, aplikujeme např. Calcium panthotenicum či Betadine mast, kryjeme gázou a obvazem.

Rány, které **nehnisají**, ošetřujeme např.: vyčištění rány 3% peroxidem vodíku, aplikace Betadine masti a krytí gázou a obvazem.

Jestliže je v ráně **přítomen hnis** postupujeme např.: vyčištění rány 3% peroxidem vodíku, aplikace Bactroban masti a krytí gázou a obvazem.

Pro případ, že je **hnisavá rána kryta strupem** je snadnější šetrným způsobem strup odstranit (nikoliv stržením), poté aplikovat masti (léčba je rychlejší a účinnější). Strup či zaschlý hnis odstraníme např. namočením gázy roztokem k oplachu ran a přiložením na několik minut na ránu, případně použijeme Saloxyl, který strup rozpustí.

## **5.7. Termické rány**

### **5.7.1 Popáleniny**

- **Charakteristika**

Popálenina je poranění vznikající působením vysokých teplot na povrch těla, působením chemikálií, elektřiny či ozářením.

- **Příčina**

Popáleniny jsou nejčastěji způsobeny ohněm, párou horkých tekutin, elektřinou, žíravinami. V praxi NS se u IUD nejčastěji setkáváme s popáleninami od cigaret a svíček, kdy dochází k náhodnému požáru na squatech, dále s popáleninami související s nelegální činností („pálení železa a drátů“) a manipulací s chemikáliemi.

- **Příznaky**

Popáleniny lze dle hloubky rozdělit do tří stupňů:

1. stupeň – kůže je zarudlá, vrchní vrstva je postižena. Hojí se cca do jednoho týdne.
2. stupeň – tvoří se puchýře, objevuje se prudká bolest, ztrácí se plazma, při protržení puchýřů hrozí riziko vzniku infekce. Hojí se cca do dvou až tří týdnů.
3. stupeň – příškvary, kůže a podkoží jsou zničeny, postiženy mohou být i hlubší vrstvy tkáně (svaly, kosti), dochází k velké ztrátě plazmy, obvykle nebolí, jelikož je postiženo nervové zakončení. Léčba je dlouhodobá (Beránková, Fleková, Holzhauserová, 2002).

- **Terapie**

Ošetření popálenin je důležité ihned po popálení. Nejdůležitější je začít s chlazením popálené plochy studenou vodou. Klienti většinou přicházejí v pozdější fázi. Rozsáhlé popáleniny neošetřujeme (můžeme pouze překrýt suchým sterilním obvazem), neaplikujeme žádné masti (mohou ztížit hodnocení rány), přischlé a spálené zbytky oděvu nestrháváme a klienta se snažíme okamžitě odkázat na specializované pracoviště (popáleninové oddělení, chirurgie), jelikož zde hrozí vážné komplikace a infekce. Léčba často vyžaduje péči na operačním sále.

První stupeň popáleniny jsme většinou schopni zvládnout v rámci NS. Jestliže klient přichází několik hodin po popálení, aplikujeme na ní např. Calcium panthotenicum, případně Panthenol. Jestliže přichází bezprostředně po popálení,

chladíme. V praxi se lze setkat s tím, že si klienti při druhém stupni popálenin sami propichují, stříhají či rozřezávají puchýře. Toto klientům nedoporučujeme, jelikož se zkomplikuje průběh hojení a hrozí riziko infekce. Puchýře většinou kryjeme obvazem. V případě, že puchýř praskne, snažíme se o jeho vyčištění např. peroxidem vodíku, aplikujeme Betadine mast, kryjeme gázou a obvazem. Doporučujeme klientům pravidelné převazy a držení rány v čistotě.

## 5.7.2 Omrzliny

- **Charakteristika**

Omrzliny jsou místní poškození tkáně způsobené fyzikálním mechanismem, v tomto případě chladem. Nejčastěji se s omrzlinami setkáváme u osob bez přístřeší. Omrzliny nejvíce postihují okrajové a méně prokrvené části těla (uši, nos, prsty). Omrzliny mají mnoho společného s popáleninami.

- **Příčina**

K omrzlinám dochází většinou při teplotách pod bodem mrazu. Za současné nízké vlhkosti k nim může docházet i při silném větru. U omrzlin se jedná o důsledek kombinace vlastní ochranné reakce těla a vlastního účinku chladu. Chlad poškozuje buňky a ve snaze těla zabránit ztrátě tepla se zužují cévy. Stažení cév zabraňuje vyzařování tepla, ve velké zimě začnou být části výrazně nedokrvené, což snižuje jejich odolnost vůči chladu.

Dalšími faktory napomáhající vzniku omrzlin jsou: nemožnost vyměnit si vlhký či zmrzlý oděv nebo obuv, nedostatečný příjem teplé stravy, nedostatečná výživa, nedostatek tekutin, hlad, stavy snižující prokrvení (podchlazení, strach, těsný oděv či obuv, některá onemocnění, zaškrcovalo, také pocení nohou), drogy či léky, které mění reakci nervového a cévního systému (Novotná).

- **Příznaky**

Omrzliny dělíme podobně jako popáleniny do tří stupňů:

1. stupeň – bledá kůže, voskově bílá až fialová, chladná a necitlivá. Postižený má pocit svírání, při oteplování cítí „bodání jehliček“.

2. stupeň – kůže je bílá až žlutá, mohou se tvořit puchýře, v místě omrznutí dochází ke ztrátě citlivosti. Tento stupeň je přechodným stadiem mezi poškozením při prvním stupni a nevratným poškozením při třetím stupni.
3. stupeň – kůže je voskově bílá, tvrdá a necitlivá. Po několika dnech dochází ke zčernání a úplnému ztvrdnutí postižené části těla, tkáň odumírá (Novotná).

- **Terapie**

Při terénní práci se můžeme setkávat s omrzlinami často. Důležitá je první pomoc, která může zabránit jejich vzniku či snížit dopad. V zimním období jsou omrzliny důležitým tématem pro vzdělávání klientů. Postiženého přesuneme do závětrí či vlahé místnosti, abychom zabránili dalšímu ochlazování. Svlékání a vyzouvání se provádí opatrně, aby se zabránilo stržení puchýřů a následné infekci (Beránková, Fleková, Holzhauserová, 2002). Pomalu se klienta snažíme zahřívat, např. horkými nápoji s vitamínem C (kyselina askorbová) či teplou lázní, ale nesmí působit bolest. Pokusíme se masírovat okolí omrzlin, tím mechanicky prokrvujeme tkáň. Dále můžeme improvizovaně zahřát ložiska, př. vložit omrzlé prsty do podpaží, omrzliny bez puchýřů ponořit do horké lázně (37 – 40°C). Omrzliny nikdy netřeme sněhem, ani jiným materiálem, jelikož ránu můžeme dále traumatizovat či do ní zanést infekci. Některé omrzliny se projevují až po delší době (Novotná).

Stupně omrzlin ošetřujeme podobně jako při popáleninách dle stavu. V případě nekrózy, kryjeme čtverci a obvazy a klienta okamžitě dopravíme k lékaři. Tyto stavy vyžadují lékařský zákrok (amputaci).

## **5.8. Syfilis**

- **Charakteristika**

Syfilis je sexuálně přenosná infekce způsobená bakterií *Treponema Pallidum*. Má většinou charakteristický časový průběh, dle kterého je možno

rozeznat i stádia onemocnění. Syfilis podléhá povinnému hlášení hygienické stanici a léčbě.

- **Příčina**

Syfilis způsobuje výše zmíněná treponema, která je velmi citlivá na zevní vlivy a téměř 90 % se přenáší pohlavním stykem (orálně, vaginálně i análně). Syfilis může také získat lidský plod od nemocné matky.

- **Příznaky**

Získaná a neléčená syfilis probíhá ve třech stádiích.

První stádium probíhá po inkubační době 2-3 týdny, ale může se prodloužit až na 110 dní. Prvotním příznakem je tvrdý vřed, většinou nebolestivý, může být spojen s otokem. Vřed se nachází v místě vstupu infekce (př. jazyk, stydké pysky, penis), mnohdy nemusí být viditelný. Dále se zvětšují regionální lymfatické uzliny. Neléčený defekt se do 3-8 týdnů jizevnatě zhojí a syfilis přechází do druhého stádia.

Ve druhém stádiu syfilis treponemy pronikají do krve a objevuje se charakteristická vyrážka (exantém) různého vzhledu, často zaměnitelná s jinými chorobami. Exantém se nejčastěji vyskytuje na trupu. Dále se vyskytují kondylomata (mokvající pupeny) v oblasti genitálu, které jsou rovněž vysoce nakažlivé. Existuje také latentní průběh, kdy lze syfilis odhalit pouze serologickým vyšetřením (Niedner, Adler, 2010).

Nemoc se může po době latence objevit i po několika letech. Existuje také třetí stádium syfilis, se kterým se v dnešní době díky velmi dobré a včasné diagnostice prakticky již nesetkáme.

- **Terapie**

Při podobných příznacích, typicky vředu a exantému nás může napadnout možnost syfilidy. Vhodné je pátrat po rizikovém chování a je-li možnost, klienta v KC otestovat, případně ho ihned odeslat do zdravotnického zařízení (infekční, dermatovenerologie).



Onemocnění je nejsnáze léčitelné v období mezi 1. a 2. stadiem. V té době vznikají protilátky proti spirochetě. Testy jsou pozitivní asi za 6 týdnů po nákaze. Léčba často vyžaduje hospitalizaci a podávání antibiotik (penicilin). U těch, co přicházejí později, mohou nadále přetrvávat zárodky, proto jsou u nich vyžadovány pravidelné lékařské kontroly. Těhotné ženy, které v minulosti prodělaly syfilis je nutno během těhotenství znovu přeléčit (Frei, 2005). U léčby syfilis je nezbytné i přeléčení sexuálních partnerů a provedení testů na další infekční onemocnění (HIV, hepatitidy, kapavka apod.).

Jedinou účinnou prevencí je bezpečnější sex (kondom), předcházení promiskuitě.

## **5.9. Krví přenosné infekce**

Krví přenosné infekce patří mezi nejčastější a nejzávažnější komplikace injekční aplikace drog. Nejčastěji jde o viry hepatitidy B, C a infekci HIV. Krví přenosné infekce by mohly obsahovat další samostatnou práci, proto zde uvádím pouze základní informace.

### **5.9.1 Charakteristika virových hepatitid**

Virová hepatitida je infekční zánět jater vyvolaný viry, které se rozmnožují v jaterních buňkách a dochází zde k zánětlivým a nekrotickým změnám. Pomocí virových antigenů se napadená buňka tzv. zviditelní a je následně zničena vlastním imunitním systémem. Hepatitidy dělíme dle virů, které ji vyvolávají na A, B, C, D a E. Dle délky průběhu se dělí na akutní a chronické (trvají déle než 6 měsíců).

Část klientů se po akutní hepatitidě zcela uzdraví a vytvořené protilátky je chrání před novým onemocněním. U další části nemocných je pozorována zhoršená funkce jater, vironosičství či chronické formy, které mohou vyústit v cirhózu či rakovinu jater (Nejedlá, Svobodová, Šafránková, 2004).

Léčba infekčních hepatitid patří vždy do rukou specialistů (infektologové, hepatologové, internisté). Nízkoprahové služby mohou poskytovat pouze poradenství a testování na protilátky.

Důležité mi zde připadá zmínit protiepidemická a další opatření. Klienti s VHB a VHC mohou vykonávat běžná povolání, limitem může být pouze celkový zdravotní stav. Infikovaní klienti by měli být informováni o nutnosti používání vlastního injekčního materiálu a pomůcek, hygienických potřeb (žiletka, nůžky apod.). Dieta by měla být dodržována zvláště při pokročilých stavech. Výjimkou je eliminace pití alkoholu po celou dobu onemocnění. Klienti s hepatitidou by měli být pravidelně kontrolováni u hepatologa. Podávání hepatoprotektiv (léky na podporu jaterních funkcí) nemá prokazatelný efekt, tedy neovlivňují průběh hepatitid. Vhodné je mezi IUD propagovat vakcinaci proti hepatitidám a komunikovat s klienty o zásadách bezpečnější injekční aplikace a bezpečnějším sexu (Minařík, Řehák, 2008).

- **Příznaky akutní hepatitidy** (společné všem typům)

Hepatitida v počáteční fázi připomíná chřipku, tedy bolesti hlavy, kloubů a svalů, zvýšená teplota, únava a slabost. Přidružuje se nechutenství, zažívací obtíže, vyrážky. Může se objevit tmavá moč a světlá stolice, jelikož poškozená jaterní buňka není schopna vyloučit bilirubin z krve do žluči). Hepatitidy mohou probíhat s ikterickou fází (zežloutnutí kůže, očních sklér), kterou doprovází svědění kůže.

- **Příznaky chronické hepatitidy** (společné všem typům)

Typicky u VHC je průběh bezpříznakový. Mohou se objevit nespecifické příznaky jako je únava, malátnost, nevykonnost během dne, bolesti svalů a kloubů, zvýšená tělesná teplota, nárůst únavy během dne, u žen porucha menstruace. V některých případech může být prvním příznakem až jaterní cirhóza či rakovina (Nejedlá, Svobodová, Šafránková, 2004).

## 5.9.2 Virová hepatitida B

- **Charakteristika**

VHB má v posledních letech spíše klesající trend výskytu, především díky vakcinaci. Uživatelé drog jsou stále početnou skupinou, u které výskyt přetrvává, 30-50 % z uživatelů drog má sérologické známky proběhlé infekce VHB. U méně než 50 % osob s VHB se vyskytují příznaky onemocnění. Nemocný je infekční v podstatě od doby nakažení, avšak průměrná inkubační doba je 60 dní. U většiny osob s VHB proběhne akutní fáze a s rozvojem imunitní reakce se virus přestává množit a dochází k úplné úzdavě. U 2-5 % dochází k přechodu do chronické fáze.

- **Přenos**

K přenosu viru hepatitidy B dochází krevní, pohlavní či vertikální cestou (z matky na dítě).

- **Terapie**

Vzhledem k charakteristice viru je léčba chronického stadia relativně obtížná. K úplné úzdavě dochází pouze u 30-50 %. Obvykle léčba dosáhne alespoň zabránění množení viru se snížením rizika rozvoje pozdních komplikací. K léčbě se využívají antivirotika a interferon, případně jejich kombinace (Minařík, Řehák, 2008).

## 5.9.3 Virová hepatitida C

- **Charakteristika**

VHC je charakteristické bezpříznakovým obdobím a častým přechodem do chronicity (cca 70 %). Pozdní komplikace se vyvíjejí u infikovaných do 15-40 let. VHC se vyskytuje v šesti genotypech, u nás v ČR je významný zejména genotyp 1 (80 %) a 3. Inkubační doba je průměrně 50 dnů, ale může se pohybovat v rozmezí 15-160 dnů. Vakcína na VHC doposud neexistuje.

- **Přenos**

K přenosu viru hepatitidy C dochází zejména krevní cestou, u IUD zpravidla sdílením injekčního materiálu a pomůcek k aplikaci. Přenos pohlavním

stykem se podílí ve velmi malé míře, riziko se však zvyšuje při poškození sliznic. Vertikální přenos je možný ve frekvenci 2-5 %.

- **Terapie**

Léčba VHC je možná až v chronické fázi, kdy je často také zjištěna. Léčba VHC u IUD je dle Minaříka a Řeháka (2008) vysoce účinná. Téměř u 90 % infikovaných se podařilo dosáhnout úplného vyléčení. Léčba probíhá a je dlouhá dle genotypu. Podává se kombinace pegylovaného interferonu alfa pomocí podkožních injekcí a ribavirinu v tabletách. U genotypu 1 probíhá léčba 48 týdnů a genotypu 3 trvá 24 týdnů. Aby došlo k optimálnímu léčebnému efektu je důležitá psychosociální stabilizace, stabilizace závislosti (př. substituce), včetně dlouhodobého a korektního vztahu s lékařem. Dle Dvořáka (2013) je léčba aktivních injekčních uživatelů drog je aktuálně považována jako velmi vhodná, je však třeba individuálně posoudit aktuální situaci klienta.

## 5.9.4 HIV/AIDS

- **Charakteristika**

V roce 1981 byly v USA poprvé popsány příznaky nového onemocnění, které později dostalo jméno AIDS (Acquired Immune Deficiency Syndrome) neboli syndrom získaného imunodeficitu. V roce 1983 byl objeven původce nemoci - je to virus, který byl nazván HIV (Human Immunodeficiency Virus). Virus poškozují imunitní systém tak, že postupně dochází ke ztrátě imunity, tj. obranyschopnosti organismu. Lidský organismus začíná být náchylný k řadě dalších infekčních a nádorových onemocnění. Inkubační doba je 2-3 měsíce.

- **Příčina**

V současné době jsou známy dva typy lidských virů způsobujících onemocnění AIDS, které jsou nazývány HIV-1 a HIV-2. Za celosvětovou pandemii HIV infekce je zodpovědný především virus HIV-1 (Frei, 2005).

K přenosu viru HIV dochází krevní cestou, pohlavním stykem či vertikálně. Významné je, že u IUD v ČR dochází k přenosu HIV krevní cestou

v malé míře, především díky výměnným programům a relativně vysoké citlivosti viru na zevní vlivy, např. proti viru hepatitidy C (Minařík, Řehák, 2008).

- **Příznaky**

Virus HIV napadá v organismu skupinu bílých krvinek, tzv. CD4+ T lymfocyty (nazývané také pomocné lymfocyty), ve kterých se množí, později je i zabíjí a snižuje tak jejich počet v těle infikovaného. Tyto bílé krvinky hrají důležitou roli v obranyschopnosti lidského organismu, jejich pokles vede k selhání imunity a rozvoji onemocnění AIDS. Zhruba za 2 – 6 týdnů po nákaze probíhá tzv. akutní retrovirový syndrom pod obrazem chřipkovitého onemocnění, někdy se zduřením lymfatických uzlin. Po odeznění tohoto období nastává bezpříznakové období. I v tomto bezpříznakovém období může infikovaný přenést HIV na další osoby, i když sám vypadá a cítí se zcela zdrav. U velké většiny HIV pozitivních dojde k rozvoji některého z příznaků HIV/AIDS obvykle za 10-15 let po infekci virem HIV. Na rozvoj nemoci má vliv celá řada faktorů: úroveň obranyschopnosti organismu, životní styl, výživové návyky. Každé, i lehké onemocnění, představuje pro organismus určitou zátěž. K rozvoji onemocnění AIDS ze stadia HIV positivity může přispět tzv. reinfekce, tedy příjem další dávky viru HIV do organismu.

- **Terapie**

Je důležité u infikované osoby infekci HIV co nejdříve prokázat, aby se mohla včas zahájit léčba, která má šanci rozvoj onemocnění výrazně zpomalit, prodloužit tak život a zlepšit jeho kvalitu (Frei, 2005). Onemocnění je nevyléčitelné, lze však pomocí antivirové léčby zlepšit kvalitu života a oddálit pozdní stadia onemocnění. Léčba je možná pouze v AIDS centrech.

## Příloha č. 2 – Dotazník

### Mapování a metodika zvládnání somatických komplikací injekčních uživatelů drog

Dobrý den,

jmenuji se Nikol Spůrová, jsem studentkou magisterského studia oboru adiktologie Univerzity Karlovy v Praze a pracovnící terénního programu a kontaktního centra Sananim o.s.. Chci vás požádat o vyplnění tohoto dotazníku, který jsem vytvořila v rámci diplomové práce s názvem: Mapování a metodika zvládnání somatických komplikací injekčních uživatelů drog.

Tímto Vás prosím o vyplnění tohoto dotazníku, který se bude týkat zdravotních komplikací injekčních uživatelů drog (dále IUD). Vyplnění dotazníku mi velice pomůže při realizaci mého výzkumu a následném zpracování metodiky pro pracovníky nízkoprahových zařízení. Dotazník je anonymní. Děkuji za ochotu a čas strávený při jeho vyplňování.

Na dané otázky prosím odpovídejte pravdivě a podrobně, ať může být výzkum co nejpřesnější a výstupy mohou posloužit také Vám. **U otázek, kde jsou uvedeny možnosti, zaškrtněte tu, se kterou se nejvíce ztotožňujete.**

**1. Pohlaví**

- žena  
 muž

**2. Věk**

**3. V jakém typu nízkoprahové služby pro IUD pracuješ?**

- terénní programy  
 kontaktní centrum  
 mám kombinovaně služby v TP i KC

**4. Výše nynějšího úvazku**

**5. Délka tvé odborné praxe v nízkoprahových službách?**

- do 1 roku
- 1 - 2 roky
- 3 - 5 let
- 6 - 10 let
- 10 a více

**6. Jaké je tvé odborné vzdělání?**

- adiktolog
- zdravotní sestra
- lékař
- sociální pracovník
- speciální pedagog
- psycholog
- Jiná (vypiš prosím)

**7. Podáváš během hovoru s klientem informace o zdravotních komplikacích užívání drog?**

- Ano, pouze preventivní informace
- Ano, preventivní i informace k aktuálnímu zdravotnímu stavu
- Ne, nejsem zdravotník
- Ne, nemám dost informací
- Ne, jiné důvody. Jaké? (prosím vypiš)

**8. Během své poslední služby, kolikrát jsi podal/a jakoukoliv informaci ke zlepšení zdravotního stavu klienta/klientky?**

**9. Vykonáváš zdravotní ošetření klientů?**

- Ano (pokračuj otázkou 12)
- Ne

**10. Z jakého důvodu zdravotní ošetření nevykonáváš?**

- Těžce rozpoznávám, o jaký zdravotní problém se jedná
- Dělá mi potíže určit, jaké přípravky mám na daný problém použít
- Nejsem manuálně zručný/á
- Jsem nejistý/á v rozpoznání a výběru vhodného léčiva
- Nejsem zdravotník, měl by to dělat pouze zdravotník
- Jiný důvod (prosím vypiš)

**11. Chtěl/a bys v budoucnu ošetřování provádět?**

- Ano (pokračuj otázkou 16)
- Ne

**12. Během své poslední služby, kolikrát jsi provedl/a zdravotní ošetření?**



13. Za poslední měsíc (30dní), jaké zdravotní obtíže jsi se svým klientem/klientkou řešil/a? – (ošetřoval/a nebo odesílal/a do jiného zařízení) - (můžeš vybrat více možností, uveď odhadovaný počet provedených intervencí )

	Počet	Další
záněty žil	<input type="text"/>	<input type="text"/>
abscesy	<input type="text"/>	<input type="text"/>
flegmóny	<input type="text"/>	<input type="text"/>
drobná zahnisaná ložiska	<input type="text"/>	<input type="text"/>
infekční endokarditida	<input type="text"/>	<input type="text"/>
hepatitidy	<input type="text"/>	<input type="text"/>
HIV	<input type="text"/>	<input type="text"/>
sexuálně přenosné infekce	<input type="text"/>	<input type="text"/>
celková sepe	<input type="text"/>	<input type="text"/>
bércové vředy	<input type="text"/>	<input type="text"/>
nejasné jiné kožní obtíže	<input type="text"/>	<input type="text"/>
parazitární onemocnění, př. svrab, vši	<input type="text"/>	<input type="text"/>
mechanická postižení, př. bodné a řezné rány, odřeniny	<input type="text"/>	<input type="text"/>
popáleniny, omrzliny	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Jiné (prosím vypiš + počet)	<input type="text"/>	<input type="text"/>

14. Jakým způsobem nejčastěji řešíš zdravotní komplikace u IUD? (vyber jednu převládající variantu)

- poskytnu klientovi informace a nechám na něm, zda chce dále nějakou péči  
 klienta ošetřím  
 klienta ošetřím a poskytnu informace o možných komplikacích, případně odkáži do zdravotnického zařízení  
 klienty ošetřím, jen když není na službě zdravotník  
 klienta odešlu do zdravotnického zařízení  
 jinak (prosím vypiš)

15. Co ti dělá při ošetřování zdravotních komplikací u IUD nejvíce problémy? (vyber jednu převládající variantu)

- nemám dostatek informací o zdravotních komplikacích IUD a postupech při ošetření
- nemám dostatek informací týkající se ošetření
- nemám dostatek informací týkající se komplikací
- nemám žádné informace
- i když mám informace, realita je jiná a já si nejsem jistý/á
- nejsem dostatečně zručný/á, abych ošetřoval/a
- nemám problém
- nezvládám pohled na rány
- Jiné (vypiš prosím)

16. Co podle Tvého názoru ovlivňuje poskytování zdravotního ošetření v rámci nízkoprahové služby, kde pracuješ?

17. Je dle tvého názoru míra poskytování zdravotního ošetření ve vašem programu dostatečná? Napiš svůj názor

18. Jaké změny bys v oblasti zdravotního ošetřování klientů navrhoval/a? prosím popiš

19. O kterých zdravotních komplikacích IUD máš nejméně informací? (prosím popiš)

20. Jaký typ informací nejvíce postrádáš? (prosím popiš)

21. Odkud získáváš informace o zdravotních komplikacích IUD?

- odborná literatura
- internet (diskusní fóra, zájmové stránky)
- kurzy, semináře, konference
- od zkušenějších kolegů
- informace nezískávám
- Jiné (prosím vypiš)

22. Odkud získáváš praktické dovednosti v ošetřování zdravotních komplikací IUD?

- mám odborné vzdělání (zdravotní sestra, lékař)
- odborná literatura
- internet (diskusní fóra, zájmové stránky)
- kurzy, semináře, konference
- od zkušenějších kolegů
- dovednosti nezískávám
- Jinak (prosím popiš)

23. Jaké dovednosti nejvíce postrádáš? (prosím popiš)

24. Co bys potřeboval/a ke své další práci týkající se zvládnání somatických komplikací IUD? (prosím popiš)

Děkuji za odpovědi a čas věnovaný vyplnění tohoto dotazníku.

## Příloha č. 3 – Vzor doporučení



### Terénní programy SANANIM

Na Zderaze 11  
120 00 Praha2  
tel: 224 920577

### DOPORUČENÍ K OŠETŘENÍ

**Ad: Chirurgická ambulance VFN**

**Jméno a příjmení:**

**Rodné číslo:**

**Pojišťovna:**

**Trvalé bydliště:**

**Alergie:** neguje

**Farmakologická anamnéza (+ drogová):** Subutex 4mg./d. i.v., Rivotril 2mg 5-6tbl./d.

**Vážná onemocnění:** chronická hepatitida C (od r. 2010 – dosud bez léčby), st. po hepatitis A  
(r. 2005)

**Nynější onemocnění:**

Klient vyhledal naše zařízení pro absces na paži PHK trvající 3 dny. Na pohled zarudnutí, vyklenutí, patrná formace hnisu. Na dotek bolestivé a horké. Další obtíže neuvádí.

Klient jednou sám ošetřil Heparoidem léčiva.  
V rámci kontaktu s naším zařízením aplikován Višněvského balzám, krytí a odeslán do vaší ambulance.

Aktuálně bez karty pojištěnce a OP, pracujeme na jeho vyřízení.

Vzhledem k charakteru zařízení nejsme schopni poskytnout adekvátní péči.

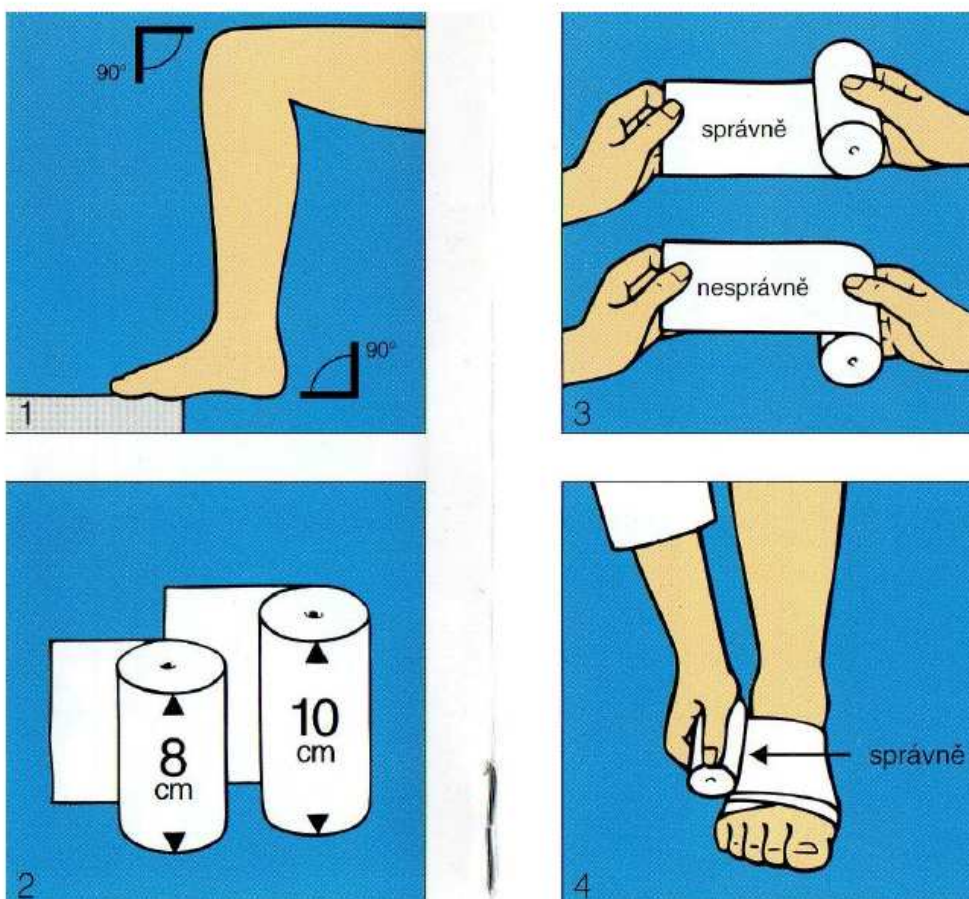
Za laskavé vyšetření děkujeme.

V Praze dne: 10. 10. 2013

Za TP Sananim  
Bc. Nikol Spůrová

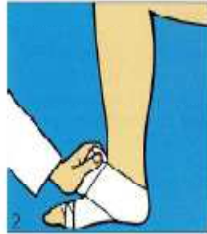
## Příloha č. 4 - Postup přikládání elastického obinadla

Zdroj: Fisher, H., Švestková, S. *Praktické rady ke kompresivní terapii při žilních onemocněních*. Hartmann-Rico AS.





Postavte nohu do pravého úhlu a začněte první otáčkou zvnějšť oměrom von na základních kloubech prstů.



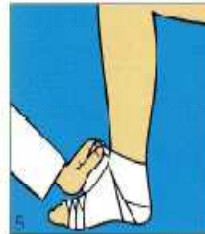
Pr 2-3 otáčkách kolem střední části chodidla vedte obinadlo petu a vedte jej přes vnější kotník zpátky k nártu.



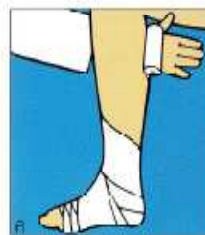
Další i dvěma otáčkami budetečně zařbujte kraje první otáčky kolem paty. Obinadlo přitom probíhá přes horní okraj této otáčky nad kotníkem...



a následně přes spodní okraj této otáčky co ke klenby rohy.



Po další otáčce kolem střední části chodidla vedte obinadlo přes ohbí nártu zpět nad kotník,...



přičemž kopírujte tvar nohy, a rálek jej nhrňte ve stromých otáčkách přes celé lýtko. Celou dobu dávejte pozor, aby se obinadlo na bérce odvíjelo a natahovalo pouze ve směru odvíjení a po celou dobu přikládání obinadla nesmíte ztratit kontakt s kůží.



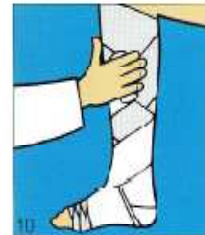
Pod kolenem se obinadlo jednou obtočí kolem celého bérce a při kopírování tvaru končetiny, jej vedte opět dolů a přetkujte overtuárě vzniklé mezery mezi jednotlivými otáčkami.



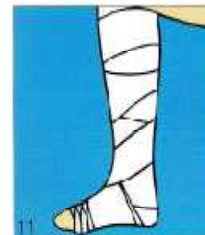
Druhé obinadlo přibžte na kotníku protiběžně zvenku směrem dovnitř a vedte první otáčku přes palu zpět k nártu



Dvě dolní otáčky zafixují nej dříve horní a poté spodní okraj otáčky kolem paty.



Následně obinadlo obotočte ještě jednou kolem střední části nohy a poté jej vedte, stejně jako obinadlo první, směrem vzhůru na lýtku a opět zpátky.



Hluboký obvaz zafixujte svorkami na vnější straně obvazu.

Obrázky znázorňují přikládání obinadla druhou osobou. Jeho samopřikládání se provádí naprosto stejným způsobem, ale přitvozeně s opačným držetím obinadla.



## Příloha č. 5 - Fotodokumentace

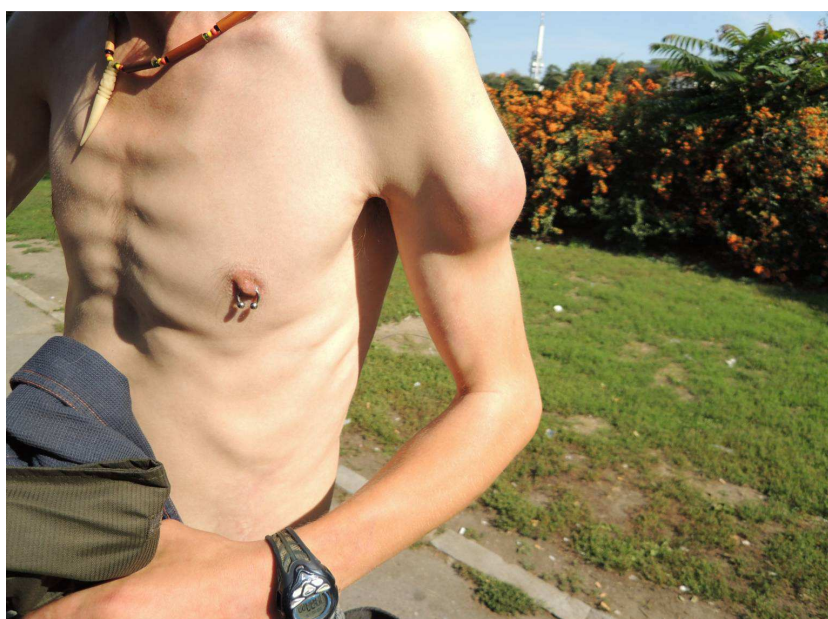
Fotodokumentace somatických komplikací IUD byla pořizována vždy s ústním souhlasem klienta. Během fotodokumentace byla dodržována zásada anonymity klienta tak, aby cizí osoba nemohla klienta identifikovat. Klient byl vždy předem informován o účelu fotodokumentace a měl právo provedení fotodokumentace odmítnout.

Autor fotodokumentace: terénní programy a kontaktní centrum Sananim o. s.

**Obr. 1:** Absces - boule, červená, teplá a bolestivá na dotek



**Obr. 2:** Absces – vyplněn hnisem, indikace k rychlému chirurgického řešení





**Obr. 3:** Absces – vytékající hnis po provalení



**Obr. 4:** Absces – vznik vředu, vypouštění hnisu



**Obr. 5:** Absces v podpaží, odeslán na chirurgii



**Obr. 6:** Následek po týdenní aplikaci Višněvského balzámu v otevřené ráně - bez kontroly



**Obr. 7:** Drény – zanedbaná péče, týden bez převazu a kontroly u lékaře, odeslán znovu k lékaři



**Obr. 8:** Stav paže po chirurgickém řešení flegmóny, cca po půl roce



**Obr. 9:** Pahýl dolní končetiny po amputaci (následek flegmóny), zanedbaná péče, po 3 letech stále nezhojen. Uprostřed absces, zarudnutí, zbytky náplastí.



**Obr. 10:** Hnisavý zánět kůže





**Obr. 11:** Hnisavý zánět kůže, rozšíření po obou dolních končetinách, indikace k lékaři



**Obr. 12:** Bércové vředy – ztráta ochlupení, otok, změna barvy kůže, křečové žíly



**Obr. 13:** Bércové vředy – nekrotická, černá tkáň – doporučení k hospitalizaci



**Obr. 14:** Bércové vředy – nepravidelné okraje, žluto-červená tkáň, granulující



**Obr. 15:** Bércové vředy – škrťící ponožka, suchá okolní tkáň



**Obr. 16:** Bércové vředy – aplikace Zinkové pasty do okolí rány, povleklé a secernující rány





**Obr. 17:** Přiložení krytí, fixace obinadlem



**Obr. 18:** Povrchový zánět žíly





**Obr. 19:** Jizva po operaci srdce (poškození srdeční chlopně)



**Obr. 20:** Podezření na svrab, typické příznaky – dva pupínky vedle sebe, kryty krustou, svědění kůže převážně v noci – z vyšetření nepotvrzen, zřejmě vliv špatné hygieny



**Obr. 21:** Tržná rána, čerstvá, bez známek infekce



**Obr. 22:** Odřenina – sedřená vrchní část kůže



**Obr. 23:** 2. stupeň popáleniny – puchýře



**Obr. 24:** Stav po rozsáhlé popálenině, hojící se silnou krustou. Hojení bylo komplikováno hnisavou sekrecí pod krustou. Klient do specializovaného zdravotnického zařízení nedocházel.





**Obr. 25:** Rozsáhlá popálenina horní končetiny, riziko vzniku infekce



**Obr. 25:** Stav po popálenině horní končetiny, epitelizující, růžová tkáň



**Obr. 26:** Omrzlina – nekróza, stav vyžadující chirurgické řešení



**Obr. 27:** Následek neřešené omrzliny, kůže se porušila a způsobila zarůstání prstenu, indikace k okamžitému chirurgickému zákroku. Riziko infekce, ischemie. IUD dorazil na chirurgii cca až po roce.



**Obr. 28:** Zhojený defekt po chirurgickém zákroku, odstranění prstenů.



**Obr. 29:** 2. stadium syfilis – exantém na břiše, potvrzeno screeningovým testem, následně konfirmací z plné krve





**Obr. 29:** Stav po zadřené třísce pod nehtem, po chirurgické incizi zaveden drén, postupující flegmóna, několik dní bez převazu – doporučení k lékaři



**Obr.: 30:** Stav po injekční aplikaci dešťové vody a drogy, postupující otok, zarudnutí, bolest, stržený puchýř – doporučení k lékaři, po ATB a pravidelných převazech zcela zhojeno

