

Delirující pacient v nemocničním prostředí z pohledu všeobecných sester

Alžběta Kadlčková

Bakalářská práce
2013



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav ošetrovatelství

akademický rok: 2012/2013

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Alžběta KADLČKOVÁ**

Osobní číslo: **H10112**

Studijní program: **B5341 Ošetrovatelství**

Studijní obor: **Všeobecná sestra**

Forma studia: **kombinovaná**

Téma práce: **Delirující pacient v nemocničním prostředí z pohledu všeobecných sester**

Zásady pro vypracování:

Studium odborné literatury.

Vymezení pojmů a teoretických východisek týkajících se problematiky delirií a přístupu všeobecných sester k delirujícímu pacientovi.

Příprava metodiky průzkumné části.

Realizace průzkumu mezi všeobecnými sestrami pomocí dotazníkového šetření a pozorování.

Zpracování, vyhodnocení a interpretace získaných dat.

Prezentace výsledků šetření, jejich shrnutí a návrh doporučení pro praxi.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

ČERŇANOVÁ, Andrea, 2011. Ošetrovanie chorých s psychiatrickými problémami na somatických oddeleniach. Martin: Osveta. ISBN 978-80-8063-354-7.

KOSEK, Jan, 2012. Právo (n) a předsudek. Praha: Dokořán. ISBN 978-80-7363-312-7.

MARKOVÁ, Eva, Martina VENGLÁŘOVÁ a Mira BABIÁKOVÁ, 2006. Psychiatrická ošetrovatelská péče. Praha: Grada. ISBN 80-247-1151-6.

SCHULER, Matthias a Peter OSTER, 2010. Geriatrie od A do Z pro sestry. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3013-4.

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Markéta Sedláková**
Ústav ošetrovatelství


Datum zadání bakalářské práce: **4. února 2013**

Termín odevzdání bakalářské práce: **24. května 2013**

Ve Zlíně dne 4. února 2013


doc. Ing. Aněžka Lengátová, Ph.D.
děkanka

L.S.


Mgr. Anna Krátká, Ph.D.
ředitelka ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby ¹⁾;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 ²⁾;
- podle § 60 ³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 ³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně *7.3.2013*

Kadlec K. V. D.

1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:

(1) Vysoká škola nevydělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlížení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.

(3) Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.

2) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:

(3) Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacímu zařízení (školní dílo).

3) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:

(1) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.

3). Odpírá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.

(2) Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užit či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.

(3) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jim dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlíží k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

ABSTRAKT

Bakalářská práce se zabývá problematikou delirií, konkrétně přístupem sester k delirujícímu pacientovi. V teoretické části popisuje delirium, uvádí zde jeho definici, patofyziologii, příčiny vzniku, dělení delirií, rizikové faktory vedoucí ke vzniku deliria, klinický obraz, diagnostiku, léčbu a prevenci deliria. Dále se zaměřuje na specifika ošetrovatelské péče o delirujícího pacienta, její zásady a použití restriktivních postupů. Pozornost věnujeme komunikaci i bariérám správného přístupu sestry k pacientovi. Praktická část obsahuje zpracování a grafické znázornění dat získaných z dotazníkového šetření a z pozorování. Výstupem mé bakalářské práce je edukační materiál s názvem: „*Mýty a fakta o deliriu.*“

Klíčová slova: delirium, předsudky, ošetrovatelská péče, všeobecná sestra, pacient

ABSTRACT

Thesis deals with delirium, specifically to nurses who care about delirious patient. The theoretical part describes delirium, the definition of delirium is mentioned here, its pathophysiology, causes, classification, risk factors leading to the development of delirium, clinical picture, diagnosis, treatment and prevention of delirium. Thesis focuses on the specifics of the nursing care about delirious patients, its principles and the use of restrictive procedures. The attention is paid to the communication and to the barriers in the right attitude of nurse to patient. The practical part contains an elaboration and graphic chart of data obtained by a questionnaire and the observations. The outcome of this work is educational material entitled: „*Myths and facts about delirium.*”

Keywords: delirium, prejudices, nursing care, nurse, patient

Poděkování

Děkuji Mgr. Markétě Sedlákové za její odborné vedení, cenné rady a připomínky, které mi byly velkým přínosem při zpracování této bakalářské práce.

Motto:

„Není sice možné, a ani si to nepřejeme, aby sestra vždy plakala s plačícími a usmívala se s usmívajícími. Nechceme-li však věnovat alespoň trochu soucitu každému ze svých nemocných, pak jsme se určitě neměly stát sestrami.“

E. Rodheová

OBSAH

ÚVOD	10
I TEORETICKÁ ČÁST	12
1 DELIRIUM	13
1.1 DEFINICE	13
1.2 PATOGENEZE	14
1.3 PŘÍČINY	14
1.4 DĚLENÍ DELIRIÍ	17
1.5 RIZIKOVÉ FAKTORY	18
1.6 KLINICKÝ OBRAZ	18
1.7 DIAGNOSTICKÁ KRITÉRIA	20
1.8 DIAGNOSTIKA	21
1.9 DIFERENCIÁLNÍ DIAGNÓZA	21
1.10 LÉČBA	22
1.11 PREVENCE	23
2 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE U PACIENTŮ S DELIRIEM	25
2.1 ZÁSADY PŘI POSKYTOVÁNÍ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE O DELIRUJÍCÍHO PACIENTA	25
2.2 POUŽITÍ RESTRIKTIVNÍCH POSTUPŮ U PACIENTA S DELIRIEM	26
2.2.1 Právní předpisy související s omezujícími prostředky	26
2.2.2 Monitorace delirujícího pacienta při použití restriktivních postupů	27
2.2.3 Komplikace spojené s užitím restriktivních postupů	28
3 PŘÍSTUP VŠEOBECNÝCH SESTER K DELIRUJÍCÍMU PACIENTOVÍ	29
3.1 CHOVÁNÍ VŠEOBECNÝCH SESTER	29
3.1.1 Komunikace v ošetrovatelské péči	29
3.1.2 Kritéria úspěšné komunikace s delirujícím pacientem.....	30
3.1.3 Pravidla k potlačení agresivity	31
3.1.4 Předsudky všeobecných sester k delirujícímu pacientovi.....	33
II PRAKTICKÁ ČÁST	34
4 CÍLE PRÁCE	35
4.1 HLAVNÍ CÍL	35
4.2 DÍLČÍ CÍLE	35
5 METODIKA	36
5.1 POUŽITÉ METODY	36
5.1.1 Dotazník	36
5.1.2 Pozorování.....	36
5.2 CHARAKTERISTIKA SOUBORU RESPONDENTŮ	37
5.3 ORGANIZACE ŠETŘENÍ	37
5.4 VÝSLEDKY PRŮZKUMU	38
5.4.1 Zpracování a grafické znázornění získaných dat	38
5.4.2 Pozorování.....	83
6 DISKUZE	84

ZÁVĚR	89
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	91
SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....	95
SEZNAM TABULEK.....	97
SEZNAM GRAFŮ	99

ÚVOD

Již 6 let pracuji jako registrovaná všeobecná sestra. Tři roky jsem pracovala na septickém chirurgickém oddělení a nyní působím na jednotce intenzivní péče na chirurgii. Během praxe, kterou jsem vykonávala na oddělení interního typu, jsem se setkala s pacienty s deliriem a rovněž se sestrami, které se o ně starají. Jejich přístup k nim byl však velmi zarážející. K pacientům zaujímaly velmi negativní stanovisko a tato zkušenost mne přivedla k otázce, zda sestry vůbec ví, jak jednat s delirujícím pacientem, zdali znají i další příčiny vzniku deliria než jen alkohol. S delirujícím pacientem se na jednotce intenzivní péče setkávám často, dá se říci jedenkrát za týden. Jsou to převážně pacienti geriatričtí po operaci, ale i pacienti v delirium tremens, u nichž je ošetrovatelská péče obzvláště náročná, a to jak po fyzické stránce, tak po psychické. Proto i mne samotnou zajímalo, jak k těmto lidem přistupovat, jak „profesionálně jednat“.

Diagnostika delirujícího pacienta je podle mnoha všeobecných sester snadná, bohužel je ale v mnoha případech mylná, či není vůbec stanovena. U starších lidí se delirium zaměňuje za demenci. Hypoaktivní delirium je často nediagnostikováno, neléčeno a ve většině případů pak končí smrtí. V opačném případě si spousta sester spojuje delirium jen s abstinenčními příznaky alkoholiků.

Deliriu bylo věnováno již velké množství bakalářských a magisterských prací. Většinou se však zabývaly náročností ošetrovatelské péče a schopností všeobecných sester tuto diagnózu rozpoznat. Cílem této práce je nejen zhodnotit znalosti všeobecných sester o deliriu, ale zejména zmapovat chování všeobecných sester vůči delirujícímu pacientovi a zjistit, jaké aspekty ovlivňují celkovou péči o tohoto pacienta.

Ošetrovatelská péče o delirujícího pacienta je velmi náročná, nicméně je mnohem náročnější, pokud tato diagnóza není včas rozpoznána. Proto se v této práci zabýváme základní charakteristikou deliria, příčinami vzniku, patogenezí, klinickým obrazem, diagnostikou a léčbou deliria. Další kapitola je zaměřená na specifika ošetrovatelské péče o delirujícího pacienta. Poslední kapitola však již pojednává o přístupu, o chování všeobecných sester k delirujícímu pacientovi. Pozornost věnujeme jak komunikaci, respektive určitým zásadám efektivního vedení rozhovoru s delirujícím pacientem, tak i bariérám správného přístupu, mezi které lze zařadit předsudky. Každá všeobecná sestra by se měla vždy chovat jako profesionál, měla by se naučit vycházet s jakýmkoliv pacientem, vytvořit si určitý efektivní „manuál“ chování sestry k pacientům. Její práce

by nikdy neměla být ovlivněna žádnými předsudky a zkreslenými představami o pacientech.

Osobní zkušenosti mne bohužel utvrdily v tom, že ne všechny sestry jsou schopny poznat delirium, a proto výstupem této bakalářské práce bude edukační materiál, který může sloužit jako pomůcka k rozpoznání deliria. Zároveň v něm sestry naleznou návod, jak s delirujícím pacientem co nejefektivněji jednat.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 DELIRIUM

Delirium je známé jako porucha vědomí. Spousta lidí si delirium dává do souvislosti s alkoholiky a jejich abstinencí. Ve většině případů tomu tak není. Delirium může vzniknout za různých situací prakticky u všech lidí. Proto v této kapitole objasníme, co to delirium je, uvedeme jeho patofyziologii a rizikové faktory, příčiny vzniku, dělení deliria, příznaky, diferenciální diagnostiku, diagnostická kritéria, diagnostiku, léčbu a v neposlední řadě velmi důležitou prevenci.

1.1 Definice

Pojem delirium pochází z latinského delirare – blouznit. Českým ekvivalentem pojmu delirium je *stav zmatenosti*. (Jirák, Holmerová a Borzová, 2009, s. 142)

Slovník cizích slov definuje delirium jako: „*Porucha vědomí charakterizovaná nekli-dem, děsivými halucinacemi, blouzněním, hlavně při horečnatých stavech.*“ (Kraus a kol., 2006, s. 159)

V literatuře lze nalézt řadu definic s často podobným popisem deliria. Objevují se v nich typické rysy pro delirium jako poškození vědomí, zmatenost, dezorientace, halucinace a poruchy paměti. Názorným příkladem je i definice Petra Smolíka, který popisuje delirium jako: „*Etiologicky nespecifický organický mozkový syndrom, který je charakteristický současnými poruchami vědomí a pozornosti, vnímání, myšlení, paměti, psychomotorického chování, emotivity a schématu spánek – bdění. Deliriózní stav je přechodný a jeho intenzita je měnlivá v čase.*“ (Smolík, 2002, s. 91)

Klasifikace diagnostických kritérií Diagnostického a statistického manuálu duševních poruch (DSM-IV), který vytvořila Americká psychiatrická asociace, delirium charakterizuje jako „*poruchu vědomí, pozornosti, poznávání a vnímání. Porucha se vyvíjí v krátké době a má tendenci kolísat v průběhu dne.*“¹(American Psychiatric Association, 2006, s. 72)

¹ The essential features of delirium include disturbances of consciousness, attention, cognition, and perception. The disturbance develops over a short period of time and tends to fluctuate during the course of the day.

V kódu F05, neboli označení diagnózy pro delirium v Mezinárodní klasifikaci nemocí (MKN-10), nalezneme tuto definici: „*Syndrom charakterizovaný kvalitativní poruchou vědomí. Často doprovází závažná somatická onemocnění, je jejich symptomem, klinicky se projevuje dezorientací, psychomotorickým neklidem, úzkostně depresivní náladou, iluzivním vnímáním, někdy agresivním chováním, halucinacemi a prchavými bludnými představami.*“ (Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů, 2008, s. 188 - 189)

1.2 Patogeneze

Patogeneze deliria není zcela jasná. Vznik delirií je obvykle multikauzální. Dle Smolíka (2002) dochází „*ke vzniku závažných poruch funkce mozkové kůry a podkorových struktur, které zajišťují pozornost, bdělost, vnímání a zpracování reality a udržují normální cyklus spánků – bdění. Integrovaná aktivita těchto struktur je u deliria narušena.*“

Prof. MUDr. Eva Topinková, CSc. (2004) ve svém článku uvádí, že „*delirium představuje globální reakci mozku na nespécifické podněty, které přesahují jeho adaptační schopnosti. Topograficky jsou zapojeny korové i podkorové struktury mozku. V poruše vědomí hraje významnou roli ascendentní retikulární aktivační systém CNS v mozkovém kmeni, který za normálních podmínek zajišťuje přehodnocování podnětů ze zevního prostředí přicházejících aferentními drahami a má integrační funkci na vigilitu. Lze nalézt neuromediátorovou poruchu, zejména přechodný deficit acetylcholinu, dysbalance hladin dopaminu, serotoninu, kyseliny gama – aminomáselné a dalších látek ze skupin cytokinů, excitačních aminokyselin, beta – endorfinů.*“

1.3 Příčiny

Delirium je syndrom, který může mít mnoho příčin a může vzniknout v každém věku. Vyskytuje se zejména u lidí staršího věku nebo naopak u jedinců velmi mladých. (Uhrová a Klempíř, 2011, s. 305)

Mezi nejčastější příčiny deliriózních stavů řadíme:**Metabolické:**

- Hypoxie mozku;
- Dehydratace jakékoliv etiologie;
- Hypoglykemie či hyperglykemie;
- Iontová dysbalance např. hypo/hypernatrémie, hypo/hyperkalémie, hypo/hyperkalcemie, hypo/hypermagnezemie, hypo/hyperfosfatemie;
- Hepatopatie či nefropatie;
- Změny vnitřního prostředí;
- Hypovitaminózy, avitaminózy;
- Závažné malnutrice;
- Spánkové deprivace.

Endokrinologické:

- Tyreopathie, poruchy funkce příštítných tělísek;
- Poruchy adenohipofýzy, Cushingův syndrom, Addisonova porucha.

Farmakogenní:

- Deliria iatrogeně navozená u anticholinergních farmak – antipsychotika, tricyklická antidepresiva, anticholinergní antiparkinsonika;
- Benzodiazepiny, zvláště s dlouhým biologickým poločasem aktivními metabolity – Diazepam, Flunitrazepam, Nitrazepam;
- Kortikoidy, antibiotika, antihistaminika, antimykotika;
- Sedativa, opioidy;
- Cytostatika, antimalarika, antiparazitika.

Infekční deliria provázející akutní a chronické infekce:

- Horečka;
- Systémové infekce se sepsí;

- Nepoznané či nedostatečně léčené uroinfekce;
- Bronchopneumonie;
- Lues, HIV, malárie, skvrnitý tyfus, tularemie;
- Kožní infekce – erysipel, dekubitus, chronické rány;
- Infekce postihující CNS – virové, bakteriální, parazitární encefalitidy, meningitidy, meningoencefalitidy.

Deliria u nitrolebních expanzivních procesů:

- Mozkové tumory a metastázy;
- Aneurysma, mozkové abscesy;
- Krvácení;
- Demence, cévní mozková příhoda.

Pooperační deliria:

- Vlivy anestezie, operační zátěže, případných krevních ztrát;
- Tepelné změny v prostředí;
- Bolest;
- Retence moče a obstipace.

Akutní neurologické změny:

- Epileptický záchvat;
- Ikty.

Negativní vlivy prostředí:

- Katarakta;
- Hypacusis či jiné senzorické nekorigované vady.

Deliria provázející abúzus alkoholu či jiných psychoaktivních látek:

- V rámci akutní intoxikace;
- Odvykací stav.

Toxická:

- Akutní či chronické otravy – oxid uhelnatý, kyanid, sulfan, sirouhlík, bojové plyny, těžké kovy.

Kardiovaskulární onemocnění:

- Srdeční selhání, ischemická choroba srdeční;
- Infarkt myokardu a arytmie. (Lužný, 2012, s. 85 - 88)

1.4 Dělení delirií

Podle psychomotorické aktivity rozlišujeme tři základní typy delirií, a to hyperaktivní, hypoaktivní a smíšený. Pro **hyperaktivní typ** je charakteristické zrychlení psychomotorického tempa, zvýšení aktivity, bezúčelné pobíhání. Objevují se psychotické příznaky jako poruchy vnímání a produkce bludů, často se však vyskytuje agrese včetně auto-agrese. Na vzniku tohoto typu se významně podílejí toxické faktory. **Hypoaktivní typ** je častý ve stáří a ze všech typů je nejrizikovější, neboť bývá velmi často přehlédnut, nediodnostikován. Hypoaktivní typ se projevuje letargií, sedací, dezorientací, latentní odpovědí, nízkou spontaneitou a redukcí pohybového projevu. Nejčastějším typem deliria je však **typ smíšený**, který je kombinací příznaků dvou předešlých typů. Dochází při něm ke střídání hyperaktivních a hypoaktivních projevů. Tento typ se často vyskytuje u polymorbidních pacientů a u pacientů s lékovou polypragmazií. (Jirák, 2005, s. 73)

Velmi známým typem deliria je **delirium tremens**, ke kterému dochází po vysazení alkoholu v průběhu dlouhodobého abúzu. Mezi prvotní příznaky řadíme nespavost, psychomotorický neklid, psychickou tezi, úzkostné rozhlížení. Delirium tremens propuká nejčastěji v pozdních večerních a nočních hodinách a projevuje se hrubým třesem končetin a kvalitativní poruchou vědomí. Pacient je zarudlý, potí se, vyskytuje se hypertenze, tachykardie, horečka, je neklidný až agresivní, má tendenci utíkat z lůžka a objevují se halucinace. Často shazuje ze svého těla halucinovaná drobná zvířátka, nejčastěji myši (mikrozoopsie). Vnímá iluzivně přítomné osoby, odpovídá halucinovaným hlasům. Patří mezi život ohrožující stavy. Pokud tato porucha trvá několik dní, dochází k vyčerpání organismu a ke vzniku komplikací (např. srdeční selhání). Většinou delirium tremens končí přechodem do spánku s vymizením psychopatologických příznaků. (Raboch, Pavlovský a Janotová, 2006, s. 61 - 62)

1.5 Rizikové faktory

Dle Fonga do potenciálně ovlivnitelných rizikových faktorů patří:

- Senzorické oslabení (zrak, sluch);
- Imobilizace (katétry či mechanické omezení);
- Medikace ve formě sedativ, narkotik, kortikosteroid, anticholinergik aj.;
- Akutní neurologické onemocnění (cévní mozková příhoda, meningitida, encefalitida);
- Interkurentní onemocnění (infekce, anémie, dehydratace, fraktura či jiné trauma, HIV infekce);
- Metabolické poruchy;
- Chirurgické zákroky;
- Prostředí (přijetí na jednotku intenzivní péče), bolest, emoční stres či dlouhodobá spánková deprivace.

Za neovlivnitelné rizikové faktory jsou považovány:

- Demence či kognitivní deficit;
- Pokročilý věk, tzn. osoba starší 65 let;
- Anamnéza deliria;
- Cévní mozkové příhody, neurologická onemocnění;
- Pády či porucha chůze;
- Polymorbidita;
- Chronické renální či hepatální onemocnění;
- Dokonce i mužské pohlaví. (Uhrová, Klempíř, 2011, s. 304)

1.6 Klinický obraz

Vzniku deliria předchází tzv. predelirantní syndrom, který může být charakterizován neklidným spánkem s nočními děsy, bolestí hlavy a úzkostí. Pacient nemůže najít své lůžko nebo svůj pokoj, je nejistý a bezradný.

Delirium se podle Berkové (2006) rozvíjí náhle, a to během dní, či dokonce hodin a může trvat i dny až týdny. Průběh deliria je charakterizován rychlým kolísáním psychického stavu s lucidními intervaly, objevuje se porucha kognitivních funkcí, porucha abstraktního myšlení, dysgrafie, dezorientovanost a poruchy paměti, především té krátkodobé. Při hlubších deliriích následuje úplná amnézie, při méně intenzivním deliriu jsou zachovány ostrůvkovité zbytky paměti. Někteří pacienti si však celý stav vybavují. Pro delirium jsou typické halucinace, zejména zrakové, provázené někdy paranoiditou, poruchami cyklu spánku a bdění.

Jiráček (2008) ve svém článku věnuje pozornost i pojmu sundown syndrom, který vysvětluje jako delirium začínající po soumraku, v rámci kterého pacienti trpí mírnější poruchou paměti, projevující se hledáním svého lůžka, toalety, nepoznáváním nemocničního personálu apod.

U pacientů se může projevit tzv. delir zaměstnanosti, jež je způsoben narušením vnímání, u kterého pacienti např. bezúčelně překládají šaty, ubrus. Na dotaz, co dělají, sdělí, že „pracují“. (Jiráček, Holmerová, Borzová a kol., 2009, s. 143)

Pro dokreslení klinického obrazu deliria zde uvedeme jeho typické klinické příznaky, které podrobně popisuje níže uvedená tabulka 1.

Tab. 1 Typické příznaky deliria (Seifertová, Praško a Höshl, 2004)

Psychopatologie	<ul style="list-style-type: none"> • Kvalitativní porucha vědomí – zmatený až chaotický obsah duševní činnosti, snížená schopnost pozornosti (schopnost vytrvalého udržení pozornosti na určité objekty či dění) a přesunu pozornosti; • Hypoprosexie, obtíže s udržením bdělosti při vyšetření; • Myšlení může být zrychlené nebo zpomalené, fragmentované, nesouvislé, při těžších formách dezorientované až inkohrentní, s prchavými paranoidními domněnkami až bludy, narušená soudnost; • Psychomotorická aktivita je zvýšená, snížená, nebo se stavy střídají, často je výrazná excitace; • Dezorientace časem, místem, situací a někdy i osobou;
------------------------	--

	<ul style="list-style-type: none"> • Poruchy vnímání, chybné identifikace; • Iluze a halucinace; • Kvalitativní poruchy myšlení, tranzitorní bizarní bludy, často se měnící; • Paměť zhoršená, zejména krátkodobá; • Poruchy cyklu spánku – bdění, (nejčastěji) inverze cirkadiálních rytmů s pospáváním během dne s neklidem v noci;
Tělesné příznaky	<ul style="list-style-type: none"> • Z mozkové dysfunkce tremor (zpočátku jemný, později hrubý), ataxie, agnozie, dysartrie, dysgrafie, někdy i afázie; • Z dysfunkce vegetativního nervového systému zvýšení tělesné teploty, mydriáza, zčervenání obličeje, tachykardie, hyperhidróza, kolísání krevního tlaku, nauzea, vomitus, průjmy;
Poruchy chování	<ul style="list-style-type: none"> • Zvýšený neklid a hyperaktivita s agresivitou, útočností (útočení na neexistující předměty a osoby) nebo bránění se běžnému zacházení (vstávání z postele, bloudění, utíkání); • Naopak apatické, stažené chování se sníženou aktivitou až stuporózní stav; • Přechody neklidu a apatie s nepředvídatelnými změnami.
Na proběhlé delirium je plná nebo ostrůvkovitá amnézie.	

1.7 Diagnostická kritéria

Za diagnostická kritéria pro F05, tedy Delirium vyvolané jiným než alkoholem nebo jinými psychoaktivními látkami, jsou považována zastřená vidění, tj. snížená jasnost

uvědomování si okolí se sníženou schopností zaostřit, udržet nebo přesunout pozornost, narušení poznávacích schopností jako zhoršení bezprostřední a recentní paměti či dezorientace časem, místem nebo osobou. Dalším diagnostickým kritériem je i přítomnost některých z tzv. psychomotorických rušivých příznaků jako např. rychlé, nepředvídatelné přechody z hypoaktivity do hyperaktivity, prodloužený reakční čas, zvýšený nebo snížený proud řeči či prodloužená úleková reakce. Delirium vede i k poruchám spánku, které se mohou projevit rušivými sny a nočními můrami, jež mohou pokračovat jako halucinace nebo iluze po probuzení, či insomnií, popřípadě úplnou ztrátou spánku. Pro delirium je charakteristické to, že příznaky začínají rychle a jsou měnlivé v průběhu dne. (Smolík, 2002, s. 92)

1.8 Diagnostika

Základem diagnostiky deliria je odebrání osobní a lékové anamnézy od pacienta, jeho příbuzných a poskytovatelů ošetrovatelské péče. Provádí se standardní fyzikální vyšetření, vyšetření hladiny glykemie a saturace kyslíkem, biochemický screening, krevní obraz, srážlivost krve, funkce štítné žlázy, vyšetření moče včetně kultivace, hemokultura, sérové hladiny léků, testy na HIV, syfilis, EKG, RTG hrudníku popř. EEG a CT mozku. (Ball a Phillips, 2004, s. 75)

Pro zhodnocení psychického stavu, rozpoznání deliria a zhodnocení jeho závažnosti je vhodné používat standardizované škály. Nejčastěji se používá screeningová škála CAM (Confusion Assessment Method) (viz příloha P I), kdy hodnocení je dvoustupňové. Prvním stupněm je zhodnocení stupně bdělosti a agitovanosti, druhým stupněm je zhodnocení přítomnosti deliria. Abychom zachytili kolísání hloubky a přítomnosti deliria, je důležité pacienta vyšetřovat opakovaně. (Schuler a Oster, 2010, s. 72)

Pro diagnostiku deliria můžeme použít i další hodnotící škály např. MMSE (Mini Mental State Examination), Metoda posouzení zmatenosti, 10 – point clock test (deseti bodový hodinový test) (viz příloha P II), Nursing Delirium Screening Scale, Digit span test, Serial reversal test. (Ball a Phillips, 2004, s. 72 - 73)

1.9 Diferenciální diagnóza

Delirium je nutné odlišit od organických syndromů, převážně od demence a vyloučit souvislost s návykovými látkami. Diferenciální diagnóza zahrnuje např. funkční poru-

chy, jako je schizofrenie, afektivní poruchy, demenci a předstírání (faktivní porucha). (Smolík, 2002, s. 95)

Schizofrenie a afektivní poruchy mohou obsahovat poruchy vnímání, poruchy cyklu spánek – bdění a abnormální psychomotorické projevy. Oproti tomu má delirium daleko proměnlivější průběh se zhoršováním kognitivních funkcí. (Smolík, 2002, s. 95)

Nejčastější diferenciální diagnózou je demence, kdy stejně jako u deliria dochází ke zhoršování kognitivních funkcí. Rozdíly mezi demencí a deliriem jsou shrnuty v následující tabulce. (Jirák, Holmerová a Borzová, 2009, s. 144)

Tab. 2 Diferenciální diagnostika mezi deliriem a demencí, převzato z Jiráka a kol. (2009)

	Delirium	Demence
Začátek	Akutní začátek, nejčastěji v noci, má fluktuující průběh, kolísavý stav, projevuje se neklidem, lucidní intervaly	Nenápadný začátek, stav většinou stabilní během 24hodinového intervalu
Trvání	Hodiny až týdny	Měsíce až roky
Průběh	Fluktuující v průběhu 24 hodin, zhoršení stavu probíhá v nočních hodinách	Relativně stabilní
Vědomí	Porušené	Jasně
Spánek	Převrácený, spánková inverze	Většinou dobrý spánek, někdy fragmentovaný
Myšlení	Dezorganizované	Zchudlé, zbytkové
Vnímání	Iluze, často halucinace	Iluze a halucinace poměrně vzácné

1.10 Léčba

Léčba deliria musí být komplexní, hlavní důraz musí být kladen na diagnostiku a léčbu onemocnění, které ke vzniku deliria vedlo. Důležitá je symptomatická a podpurná terapie. Dle Merk Manual of Geriatrics je nutné pátrat po tělesné příčině deliria a tuto příči-

nu léčit, identifikovat a odstranit vyvolávající faktory, kontrolovat chování symptomatickou farmakoterapií a dbát na psychoterapeutickou podporu pacienta a jeho rodiny. Důležité je zhodnotit medikaci a vyloučit z ní především anticholinergní léky. (Jirák, Holmerová a Borzová, 2009, s. 145)

Mezi obecná podpůrná opatření řadíme nekonfliktní přístup, volit přiměřenou komunikaci bez zbytečných složitostí, zajistit klidné a tiché prostředí s přiměřenou stimulací, dodržovat pravidelný režim. Nutný je zvýšený dohled k zabránění poranění a pádu, dostatečná hydratace, výživa, fyzikální mobilizace. Po operaci musí být prováděna dostatečná analgetická léčba u pacientů s bolestí. Kurtování a fyzické omezování používáme, jen pokud je to nezbytně nutné z důvodu možného prohloubení deliria. (Jirák, Holmerová a Borzová, 2009, s. 145; Lužný, 2012, s. 93)

K farmakoterapii přistupujeme pouze u agitovaného, psychotického nebo u nespolupracujícího pacienta. U hyperaktivní formy deliria s psychomotorickým neklidem se používají antipsychotika např. Tiapridal, Haloperidol, Risperidon. Při přetrvávající agitovanosti léčbu doplňujeme benzodiazepiny s krátkým vylučovacím poločasem (Oxazepam, Lorazepam, Midazolam). U hypoaktivního a smíšeného deliria k potlačení nočních tranzitorních delirií lze použít Tiapridal v jednorázové dávce 100 mg, maximálně do 800 mg za den. Dalším preparátem může být Melperon v jednorázové dávce 25 – 50 mg a celodenní do 200 mg nebo Trazodon (antidepresivum s výraznými zklidňujícími a tlumivými účinky). Léčbu všech typů deliria můžeme doplnit vitaminy a nootropiky (léky obsahující látky používané ke zlepšení mentálních funkcí). Po odeznění akutního deliria by se měly dávky léků postupně snižovat a po několika dnech po kompenzaci psychického stavu vysadit. (Jirák, Holmerová, Borzová, 2009, s. 145; Franková, 2007, s. 58)

1.11 Prevence

Prevence je vždy důležitější než jakákoliv započatá náročná léčba. Správnými léčebně – preventivními opatřeními můžeme snížit výskyt deliria. Vždy je nutné aktivně pátrat po možných příčinách vzniku deliria. Mezi opatření patří optimalizace CNS a vysazení léků s delirogenním potencionálem např. anticholinergně působící léky a benzodiazepiny. Vyhýbáme se polypragmazií. Zejména u pacienta po operaci monitorujeme bolest a včas musíme zahájit její léčbu. Důležitá je dostatečná hydratace, optimalizace příjmu potravy a stavu výživy. Sledujeme vyprazdňování (zabránění retence moče a obstipace).

Udržujeme kvalitní spánek a dodržujeme biologický rytmus spánek – bdění. Zejména po operaci je nutná včasná mobilizace a přiměřená fyzická aktivita. Použití fyzického omezení jen v případě nutnosti. Podporujeme soběstačnost pacienta. Důležitá je zejména vhodná sensorická stimulace a emočně orientovaná péče. Toto vše můžeme shrnout do čtyř slov: hydratace, alimentace, mobilizace a reorientace. (Topinková, 2004; Rössner, Konrád a Bártová, 2011, s. 315)

2 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE U PACIENTŮ S DELIRIEM

Ošetrovatelská péče o delirujícího pacienta je velmi náročná, a to jak po stránce fyzické, tak i psychické. V této části bakalářské práce uvedeme zásady ošetrovatelské péče o delirujícího pacienta, použití restriktivních postupů, jejich právní předpisy a možné komplikace.

2.1 Zásady při poskytování ošetrovatelské péče o delirujícího pacienta

Při poskytování ošetrovatelské péče o delirujícího pacienta je nutné si uvědomit, že se vždy jedná o komplexní lékařský i ošetrovatelský přístup. Ošetřování pacientů s deliriem je velmi náročné, neboť jeho cílem je mj. i obnovení orientace pacienta místem, časem, osobou, uspokojení všech potřeb, zabránění pádu, popř. zvládnutí neklidu a agitovanosti. (Čerňanová, 2011, s. 29)

Vzniku deliria může ošetřující personál často předcházet, je třeba však odhalit tzv. předelirantní stav a včas reagovat. Důležitá jsou pak i nejrůznější preventivní opatření, která zabrání vzniku deliria. Mezi ně patří vytvoření bezpečného prostředí pro pacienta, nenechávání žádných zbytečných předmětů kolem lůžka, minimalizace rušivých senzorních podmětů, např. redukce zbytečného hluku. Dále zabezpečení dostatku osvětlení, např. v noci používáním tlumeného světla, udržováním přiměřené teploty v pokoji, dostatečné vyvětrání. Pro zlepšení orientace na chodbě používat tabulky s označením toalety a koupelny, očíslovat nebo barevně odlišit dveře pokoje. Ke zlepšení zraku a sluchu bychom měli využívat nejrůznější zrakové pomůcky, naslouchátka, odstranit ušní maz aj. Zároveň bychom se měli vyvarovat sociální izolaci, důležitá je podpora návštěv příbuzných a zpřístupnění informačních zdrojů, např. novin nebo rádia. (Čerňanová, 2011, s. 29 - 30)

U pacienta s deliriem je nutné důkladně sledovat jeho tělesný i psychický stav. Důležitá je monitorace vitálních funkcí (krevní tlak, puls, dech, tělesná teplota, saturace kyslíkem). Podáváme medikaci dle ordinace lékaře a sledujeme účinky léků. Hrozí zde možnost předávkování. Významnou součástí ošetrovatelské péče je sledování psychického stavu, a to zejména orientace, pozornosti a chování pacienta. Kontrola stavu by měla probíhat čtyřikrát za hodinu se zaznamenáním změn. Lze použít škálu CAM nebo můžeme použít 10 – point clock test. Jestliže má pacient halucinace nebo bludné představy,

nevyvracíme je. U pacienta zabezpečíme dostatečnou hydrataci a výživu. Snahou je vést pacienta k soběstačnosti ve všech složkách, proto aktivně pacienta zapojujeme do sebepečce. Pokud to není nevyhnutelné, pacienta nekrmíme, nedáváme pleny a omezujeme permanentní močové katetry. Zabezpečíme dostatečnou rehabilitaci, pokud to zdravotní stav dovolí. Nedílnou součástí ošetrovatelské péče je péče o kůži s prevencí vzniku dekubitů. (Čerňanová, 2011, s. 27 - 30; Lužný, 2012, s. 93)

U hyperaktivní formy deliria je však potřeba zvážit fyzické omezení. Mělo by se používat jen výjimečně a na nezbytně dlouhou dobu. Používání restriktivních postupů může zhoršit průběh deliria. (Čerňanová, 2011, s. 30)

2.2 Použití restriktivních postupů u pacienta s deliriem

U pacienta s hyperaktivním deliriem či u pacienta v delirium tremens, při kterých je pacient agresivní, neklidný, agitovaný a ohrožuje okolí i sám sebe, je často nutná kurtace. Restriktivní postupy se používají za účelem fyzického omezení. Dle zákona č. 372/2011 Sb. §39 „*použití omezovacího prostředku indikuje vždy lékař; ve výjimečných případech, vyžadujících neodkladné řešení, může použití omezovacích prostředků indikovat i jiný zdravotnický pracovník nelékařského povolání, který je přítomen; lékař musí být o takovém použití omezovacího prostředku neprodleně informován a musí potvrdit odůvodněnost omezení. Každé použití omezovacího prostředku musí být zaznamenáno do zdravotnické dokumentace pacienta.*“ (Česko, 2011, s. 4753)

Indikací je vždy chování a jednání pacienta, který ohrožuje sám sebe nebo své okolí. Restriktivní postupy by měly být posledním krokem v léčbě deliria, a to v případech, kdy byly vyčerpány všechny možnosti tišení neklidu. Musí se používat po dobu nezbytně nutnou, protože může v některých případech naopak zhoršit průběh deliria nebo dokonce vést ke vzniku deliria. Pacient v omezení se stává izolovaným, zhoršuje se jeho orientace, je sensoricky a sociálně deprivovaný. Snaží se dostat z fixace, stává se agitovaným, více agresivním, čímž se zhoršuje vzájemná spolupráce. (Marková, Venglářová a Babiaková, 2006, s. 113; Lužný, 2012, s. 93)

2.2.1 Právní předpisy související s omezujícími prostředky

Použití restriktivních postupů je zásahem do osobní svobody pacienta. V českém právním řádu jej upravuje Listina základních práv a svobod, Úmluva o lidských právech a biomedicíně, Trestní zákoník č.40/2009 Sb. §171 omezování osobní svobody, Zákon

č. 40/1964 Sb. občanský zákoník, který se mění na 89/2012 Sb. a nabude účinnosti 1. 1. 2014. Nejdůležitější je Zákon č. 372/2011 Sb. O zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), který se liší od dříve platného zákona č. 20/1966 Sb. Definuje prostředky k omezení volného pohybu. Mezi ně patří úchopy pacienta, pásy nebo kurty, použití síťových lůžek, ochranných kabátků, umístění pacienta v místnosti určené k bezpečnému pohybu a parenterální podávání psychofarmak. Zdravotnické zařízení musí do 24 hodin oznámit soudu omezení pacienta. V lednu 2005 byl vydán Věstník MZ ČR č. 1/2005, který slouží jako metodické opatření k používání omezovacích prostředků. (Marková, Venglářová a Babiaková, 2006, s. 113; Švarc, 2012, s. 183)

2.2.2 Monitorace delirujícího pacienta při použití restriktivních postupů

U pacienta s hyperaktivním deliriem nebo v delirium tremens se převážně používají jako omezující prostředky kurty nebo pásy a parenterální aplikace psychofarmak např. Tiapridal, Haloperidol. Za restriktivní opatření jsou považovány i postranice a léky podávané proti vůli pacienta. Při omezování pacienta v lůžku využíváme popruhy na horní, někdy i na dolní končetiny. Někdy postačí jen fixace pásy. Při omezování musí být respektována důstojnost pacienta a nesmí být použity bolestivé hmaty či jiné nehumánní postupy. Pacient musí být informován o důvodech omezení. (Marková, Venglářová a Babiaková, 2006, s. 115 - 119)

Delirující pacient musí být trvale pod dohledem zdravotnických pracovníků, proto je kladen důraz na zvýšenou péči. Sleduje se celkový stav pacienta, co hodinu, či pokud lékař neurčí jinak, fyziologické funkce (TK, P, D, saturace kyslíkem), hodnotí se stav vědomí a prokrvení končetin. Dle stavu se pravidelně uvolňují a promasírují fixované končetiny. Je třeba dohlédnout na správné přiložení a vypodložení popruhů. Klademe důraz na dostatečnou hydrataci, kdy minimální příjem tekutin je 2000 ml denně. Sleduje se vyprazdňování moče a stolice (prevence obstipace a retence moče). U pacienta často dochází k nadměrnému pocení, proto je nutná častá výměna osobního a ložního prádla. Dále je nutné dbát na hygienu dutiny ústní a péči o dýchací cesty s ohledem na zahlenění, nemožnosti odkašlání, riziko aspirace. Dle potřeby je pacient odsáván. Důležitá je prevence vzniku dekubitů a imobilizačního syndromu (vypodložení rizikových míst, antidekubitární matrace a pomůcky, zvýšená péče o kůži). Nedílnou součástí ošetrovatelské péče je péče o psychický stav pacienta, minimalizace psychické zátěže, zajištění

pocitu bezpečí, pravidelné návštěvy příbuzných, kteří musí být adekvátně informováni lékařem o stavu pacienta. Po ukončení kurtace je nutný adekvátní dohled. (Marková, Venglářová a Babiaková, 2006, s. 119 - 125)

2.2.3 Komplikace spojené s užitím restriktivních postupů

Aby nedocházelo ke komplikacím spojeným s užitím restriktivních postupů, je nutné dodržovat určité zásady. Ošetrovatelský personál musí mít na paměti, že při kurtaci může dojít jak k poranění personálu, tak k poranění pacienta. Poranění u pacienta může být způsobeno nedostatečným vypodložením nebo přílišným utažením popruhů popř. nedostatečnou kontrolou personálu. Může tak vzniknout porucha prokrvení končetin a inervace, vznik odřenin nebo trombózy. Fixace může mít psychické důsledky, projevující se zhoršenou orientací, izolovaností, zvýšenou agitovaností a agresí. Pacient může projevovat negativismus. Ze somatických projevů se může objevit dehydratace, prochlazení pacienta v důsledku nedostatečného zajištění tepelného komfortu, hypostatická bronchopneumonie, vznik dekubitů a imobilizačního syndromu. Při podávání parenterálních antipsychotik a benzodiazepinů hrozí předávkování s poruchou vědomí. (Čerňanová, 2011, s. 30; Marková, Venglářová a Babiaková, 2006, s. 115 - 116)

3 PŘÍSTUP VŠEOBECNÝCH SESTER K DELIRUJÍCÍMU PACIENTOVI

3.1 Chování všeobecných sester

Základní princip, na kterém by mělo být chování všeobecných sester založeno, je zakotven i v Mezinárodním etickém kodexu sester, který byl poprvé přijat Mezinárodní radou sester (ICN) v roce 1953. Poslední revize byla provedena v roce 2000. Dle něho *„není ošetrovatelská péče omezena, pokud jde o věk, barvu pleti, vyznání, kulturní zvyklosti, postižení nebo nemoc, pohlaví, národnost, politické přesvědčení, rasu nebo společenské postavení pacienta a sestra za všech okolností dodržuje pravidla slušného chování.“* (Mezinárodní rada sester, 2003)

Chování všeobecných sester k delirujícímu pacientovi se velmi často odráží v komunikaci s ním, a proto jsme část této kapitoly věnovali i správné a efektivní komunikaci. Velkou bariéru ve správném přístupu všeobecných sester k delirujícímu pacientovi tvoří předsudky, které ve většině případů zkreslují obraz delirujícího pacienta.

3.1.1 Komunikace v ošetrovatelské péči

Nezbytnou součástí práce s lidmi je i umění komunikace, schopnost navazovat kontakt, efektivně využívat komunikaci k dosažení cílů. Ne jinak tomu je i u profese všeobecné sestry.

Komunikaci mezi pacientem a sestrou můžeme charakterizovat vlastnostmi jako nezbytnost, nezvratnost a neopakovatelnost. Jak uvádí Zacharová a Čížková, nezbytnost zde zdůrazňuje neustále probíhající komunikační proces, neboť sestra je s pacientem v neustále interakci, a to buď verbálně či neverbálně. Nezvratností je myšlena nemožnost vzít naše sdělení, ať už verbální či neverbální, zpět. Neopakovatelnost poté znamená jedinečnost dané komunikační činnosti. Žádná situace se už nebude v daném čase a prostoru opakovat. (Zacharová, Čížková, 2011, s. 258)

Profesní komunikaci sester je poté podle Zacharové a Čížkové vyjádřena: *„Komplexní a náročná zručnost, která vede k osvojení takových způsobilostí a dovedností, které umožní sestře sociální interakci a komunikaci nejen začít, ale i rozvíjet a ukončit.“* (Zacharová, Čížková, 2011, s. 258)

K tomu, aby proces komunikace vznikl a efektivně se rozvíjel, musíme splnit požadavky jako chtít komunikovat, umět komunikovat a moci komunikovat. Platí pravidlo, že většina pacientů chce komunikovat, to ale neplatí u většiny sester. Jejich důvodem může být nezáměr o profesi, nízká motivace, nedostatečný rozvoj komunikačních dovedností či profesionální deformace. Moci komunikovat v sobě zahrnuje vytvoření možnosti komunikovat. Tento požadavek však nesplňují částečně pacienti handicapovaní, s poruchou zraku, sluchu, řeči, pacienti dementní či v bezvědomí atd. Požadavek umění komunikovat klade na sestry větší nároky, neboť si často nevystačí s tradičními komunikačními technikami, musí si neustále rozšiřovat své vědomosti a dovednosti o nové poznatky z oblasti komunikace a péče o pacienta, které může následně aplikovat v praxi. (Zacharová, Čížková, 2011, s. 258)

Dobře komunikovat podle Venglářové a Mahrové (2006) neznamena jen zvolit slova, je důležité věnovat pozornost i rychlosti řeči, hlasitosti, pomlčkám, výšce hlasu, přítomnosti embolických slov (slovních parazitů), délce projevu či intonaci. Rychlost řeči často vyjadřuje úměru naší znalosti tématu, zbytečně hlasitý projev působí nepříjemně, netaktně, budí představu o potřebě nadvlády. Nemocní často ztiší hlas při hovoru na intimní či nepříjemné téma, při obavách a nejistotě. Mlčení a pomlky v řeči nutně neznamenají, že dotyčný k tématu nemá co říci, neboť vyplnění času planým hovorem někdy nepůsobí pozitivně, zvláště pokud se dotýkáme osobních záležitostí. Výška hlasu bývá často odrazem emocí, vyšší tóny mnohdy působí nepříjemně a teatrálně. A nakonec i intonace může být naším pomocníkem při zdůraznění významu sdělení, jeho pochopení a naléhavosti.

3.1.2 Kritéria úspěšné komunikace s delirujícím pacientem

Za komunikaci je velmi často, ale mylně, považován pouze soubor slovních sdělení mezi lidmi. To však není úplné, komunikace je komplex informací sdělovaných slovy, tělem i činy.

Veškerá sdělení, která jsou směřována k pacientovi, by měla být v souladu s těmito pravidly: jednoduchost, stručnost, zřetelnost, vhodné načasování a adaptabilita. Aby bylo sdělení srozumitelné, je třeba se vyhýbat cizím slovům, obrátům či medicínským názvům. Popis dané situace musí být sdělen běžnými slovními obraty, jež jsou pro pacienta známé. Informace podávané pacientovi by měly být stručné, zbytečné okliky spíše vzbuzují nedůvěru. Při komunikaci s nemocným musíme jasně vyjádřit podstatu věci

a ujistit se, že byla pacientem pochopena. Je třeba se vyvarovat dvojsmyslných sdělení a přílišných zobecnění. S jakoukoliv zásadní informací bychom měli vyčkat na příhodnější dobu, při jejím sdělování bychom měli zajistit soukromí, klid, či dostatek času na případné otázky. Nakonec musíme celý styl rozhovoru, sdělování informací, přizpůsobit reakcím nemocného. Měli bychom pozorně sledovat jeho neverbální projevy, reakce na sdělené zprávy. (Venglářová, Mahrová, 2006, s. 23 - 24)

Musíme pamatovat i na to, že do procesu komunikace vnášíme i svou individualitu, kterou více než slova charakterizují i prvky, jež jsou součástí tzv. neverbální komunikace, pomocí které vyjadřujeme emoce, své postoje, nálady. Venglářová a Mahrová (2006) dokonce uvádí, že *„řeč těla je považována za upřímnější než verbální projev.“*

Jaro Křivohlavý (1993) říká, že při *„neverbální komunikaci sdělujeme informaci výrazem obličeje (mimikou), přiblížením se a oddálením (proxemikou), dotekem (haptikou), fyzickým postojem (posturologií), pohybem (kinezikou), gesty, pohledy a úpravou zevnějšku.“*

Pro všeobecnou sestru jsou v rozhovoru s pacientem důležité kroky jako projevení úcty k pacientovi, schopnost přesvědčit pacienta, že jsme hodni jeho důvěry, ochota nejen sdělovat, ale i naslouchat, ochota odložit masku a nic nepředstírat, ochota vzdát se vlastních dogmatických postojů, schopnost citlivě odkrývat překážky v rozhovoru a schopnost navodit příjemnou atmosféru. (Venglářová, Mahrová, 2006, s. 29)

V komunikaci s delirujícím pacientem bychom se měli vyhýbat kategorickým příkazům a zákazům, zejména křiku, kdy můžeme pacienta vyděsit. Křikem a nevhodným chováním způsobíme zvýšení jeho agrese. Informace podáváme jednoduchým způsobem a klidným hlasem, i když to není někdy jednoduché.

Vždy bychom měli jasně a srozumitelně pacientovi vysvětlit, kde se nachází a co se bude s ním dít, zároveň bychom ho měli informovat o čase (nejlépe je mít hodiny, na které pacient vidí). Efektivní komunikace by poté měla vést ke zlepšení orientace. (Čerňanová, 2011, s. 29 - 30)

3.1.3 Pravidla k potlačení agresivity

Nevhodným chováním můžeme u delirujícího pacienta zvýšit jeho agresivitu, proto bychom měli dodržovat určitá pravidla:

- Nechte chvíli pacienta mluvit, abyste zjistili, čím se dá jeho emoční jednání vysvětlit, je to důležité pro volbu způsobu další komunikace. Nemluví-li sám, položte otázku typu: „Vidím, že jste rozzlobený, co se vám stalo?“;
- Udržujte od pacienta bezpečnou vzdálenost a respektujte své vzájemné osobní prostory;
- Výrazně gestikulujícího pacienta se snažte posadit, vyzvěte ho ke klidnému dýchání;
- Odzbrojujte ho svým nadhledem a klidem;
- Nenechte se vyprovokovat k hrubému a vulgárnímu chování, je to snadno použitelné proti vám;
- Pokud pacient překotně mluví, snažte se po chvíli přerušit jeho monolog a věcně ho veďte k řešení problému;
- Mluvte klidným a vlídným hlasem;
- Pokud se pacient nezklidní, vysvětlíte mu, že by bylo dobré užít zklidňující lék;
- Upozorněte ho na důsledky jeho nevěcného jednání či násilí;
- Pokuste se obnovit pacientovu důvěru, vysvětlíte, proč navrhuje jednotlivé postupy a jednotlivá opatření, popřípadě jakou učiníte nápravu pro případné nedostatky ve vašem zařízení;
- Nezklidní-li se po únosné době, volejte pomoc;
- Nezdráhejte se omluvit, bude-li příčina jeho hněvu oprávněná, vaše upřímnost často hněv zmírní;
- Snažte se přesvědčit pacienta, že ani medicína, ani lékař nejsou všemocní. Zá-
zraky neumíme;
- Nevzdávejte se přímého očního kontaktu, nezvedejte obočí a nešpulte rty. Sed'te
či st'ujte klidně a volně, rozčílený je pacient, ne vy;
- Oční kontakt přerušujte při hovoru krátce pohledy na pacienta, po místnosti, do
papírů, abyste signalizovali vůli ke klidné dohodě;

- Nedělejte prudká gesta, nenakročujte náhle směrem k pacientovi, pokud ho nechcete zklidnit fyzicky. Fyzická konfrontace není vhodným, ani správným řešením. (Gerlová, 2003; Tate, 2005; Linhartová, 2007, s. 69)

3.1.4 Předsudky všeobecných sester k delirujícím pacientovi

Obrovskou bariérou v ošetrovatelské péči všeobecných sester o delirujícího pacienta jsou tzv. předsudky, jež zahrnujeme do tzv. chyb sociální percepce. Předsudky můžeme definovat jako: *Názory a postoje jednotlivců, společenských skupin, populací, národů, které odrážejí jejich neobjektivní, většinou negativní vztahy k jiným lidem a jevům.* (Průcha, Walterová a Mareš, 2003, s. 186)

Jak už je patrné z výše uvedené definice, předsudky jsou typické svou předpojatostí, tzn., že se neopírají o objektivní znalosti, ba naopak je můžeme zařadit do subjektivních úsudků, jež jsou velmi často emočně nasycené. V případě předsudků často věříme něčemu, co jsme se dozvěděli od jiných osob, a pokud již někdo sdílí jistý předsuděk o dané skupině, obvykle není schopen připustit racionální argumenty, které tyto předsudky vyvracejí. (Průcha, 2011, s. 59)

V našem případě se tedy jedná z nějakého důvodu o neobjektivní a převážně negativní představu o delirujícím pacientovi, která následně ovlivňuje kvalitu jeho péče. Díky předsudkům spojeným s touto diagnózou často dochází i k jejímu nesprávnému stanovění, neboť za delirujícího pacienta je převážně považován jen člověk, jenž je závislý na nějaké návykové látce a který prochází abstinencí.

Zde můžeme naprosto souhlasit s Lukášem Urbanem, který říká, že: *„Předsudky bývají produktem absence poznání a nedostatku informací, pramení z nedorozumění druhým.“* (Urban, 2011, s. 127)

Dle Šiškové jsou to: *„Laciné berličky, s jejichž pomocí lze docela snadno překonávat obtíže, které provázejí formování vlastního názoru na něco, co se poněkud vymyká našemu zaběhnutému vidění okolního světa.“* (Šišková, 1998, s. 10)

O tom, jaké předsudky panují mezi všeobecnými sestrami o delirujícím pacientovi, pojednává praktická část mé bakalářské práce.

II. PRAKTICKÁ ČÁST

4 CÍLE PRÁCE

4.1 Hlavní cíl

Hlavním cílem bakalářské práce bylo zhodnotit přístup všeobecných sester k delirujícímu pacientovi při poskytování ošetrovatelské péče.

4.2 Dílčí cíle

1. Zjistit znalosti všeobecných sester o problematice delirií.
2. Zhodnotit chování všeobecných sester k delirujícímu pacientovi.
3. Posoudit možné nedostatky při poskytování ošetrovatelské péče o pacienta s deliriem.
4. Zjistit možné předsudky všeobecných sester k delirujícímu pacientovi.

5 METODIKA

5.1 Použité metody

5.1.1 Dotazník

Pro získání potřebných dat byl zvolen kvantitativní výzkum formou dotazníkového šetření. Dotazník můžeme definovat jako standardizovaný soubor položek, jež jsou připraveny na určitém formuláři. Správně sestavený dotazník musí zahrnovat všechny podstatné problémy, na které hledáme odpověď. Do otázek v dotazníku řadíme i identifikační znaky respondenta, tzv. nezávisle proměnné, mezi které zařazujeme otázky týkající se např. věku, bydliště, apod. Mezi tzv. závisle proměnné řadíme hlavní pole dotazníku. Výhodou dotazníkového šetření je srozumitelnost, jednoznačná formulace bez emocí a možnost hromadného zpracování. Za nevýhody můžeme považovat neporozumění otázce a následně nesprávné vyplnění. (Kutnohorská, 2009, s. 41 - 42)

Použitý dotazník (viz příloha P III) byl anonymní, obsahoval celkem 15 položek, kdy 6 otázek bylo otevřených, 1 polouzavřená a 8 uzavřených, přičemž 1 otázka byla složená z 23 podkategorií. Dotazník se skládal ze dvou částí. První část obsahovala nezávisle proměnné položky, tedy identifikační znaky respondenta, v druhé části byly položky vztahující se k dané problematice. Výsledná data byla znázorněna pomocí grafů. Při vyhodnocování otevřených otázek jsme po shromáždění odpovědí provedly dodatečnou kategorizaci.

5.1.2 Pozorování

Další data byla získána kvalitativním výzkumem, a to metodou pozorování. Podle Kutnohorské (2009) se jedná o: *„cílevědomé, záměrné a systematické sledování určitých vlastností a jevů spojené s registrací charakteristických údajů. Úspěšnost pozorování je závislá na stupni informovanosti o sledované problematice, na schopnostech pozorovatele a na jeho pomůckách. Před pozorováním musíme zvážit to, co, jak a kdy se bude pozorovat a jak se budou zaznamenávat výsledky.“*

V pozorování rozlišujeme formu introspekce a extrospekce, formu krátkodobou, dlouhodobou. Můžeme použít přímé, nepřímé, zúčastněné a nezúčastněné, skryté nebo zjevné pozorování.

Při průzkumu jsme využili pozorování extrospektivní, krátkodobé, přímé, uzavřené a zjevné. Pozorování jsem prováděla v měsíci lednu na chirurgickém oddělení, kde pracuji, a na interním oddělení.

5.2 Charakteristika souboru respondentů

Průzkumný soubor tvořily všeobecné sestry pracující v Uherskohradištské nemocnici a.s, kde šetření probíhalo po souhlasu hlavní sestry nemocnice. Dotazník byl určen sestrám, které se setkávají s delirujícím pacientem a pracují na odděleních chirurgie, neurologie, ortopedie a na interním oddělení. Záměrně byly vybrány oddělení, kde se nejčastěji vyskytují pacienti s deliriem. Pozorování pak bylo provedeno na interním a chirurgickém oddělení, v lednu roku 2013.

5.3 Organizace šetření

V průběhu měsíce listopadu a prosince 2012 byl sestavován dotazník, který byl následně v měsíci lednu rozdan všem sestrám. Na odděleních byly ponechány 3 týdny. I přes poměrně dlouhou dobu na vyplnění některá oddělení dotazníky nevyplnila a musela jsem tedy požádat další oddělení o vyplnění dotazníku. Celkový počet rozdaných dotazníků bylo 100. Návratnost byla 70 dotazníků, tedy 70 %. Získaná data byla vyhodnocena, zanesena do tabulek a zaznamenána pomocí sloupcových grafů v programu Microsoft Excel.

Pozorování probíhalo v lednu 2013. Pozorován byl zejména přístup a chování všeobecných sester k delirujícím pacientovi a následná ošetrovatelská péče o tyto pacienty. Výsledky pozorování byly zaznamenány do pozorovacího archu (viz příloha P IV).

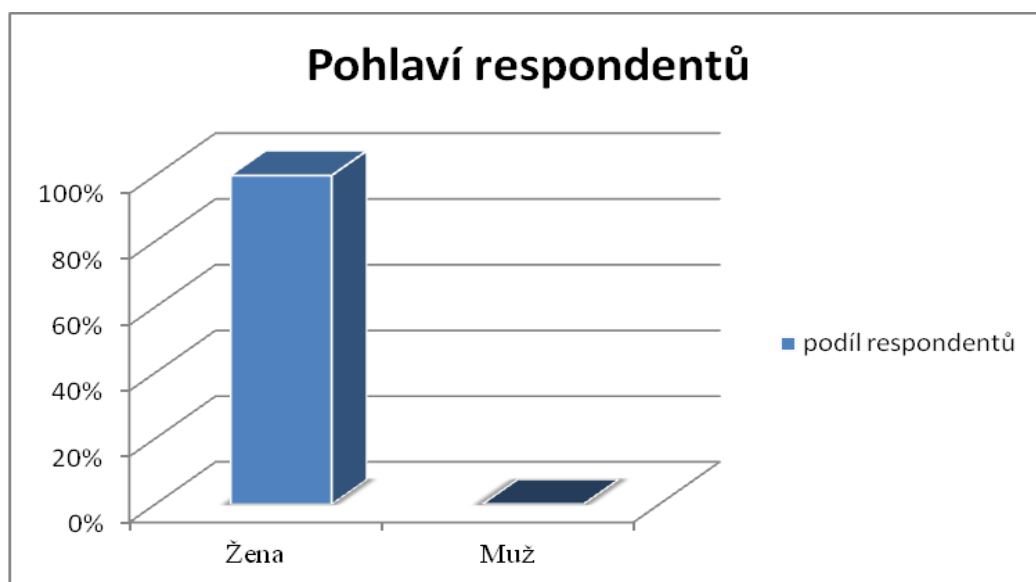
5.4 Výsledky průzkumu

5.4.1 Zpracování a grafické znázornění získaných dat

Otázka č. 1: Jaké je Vaše pohlaví?

Tab. 3 Pohlaví respondentů

Možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost	%
Muž	0	0	0
Žena	70	1,0	100
CELKEM	70	1,0	100



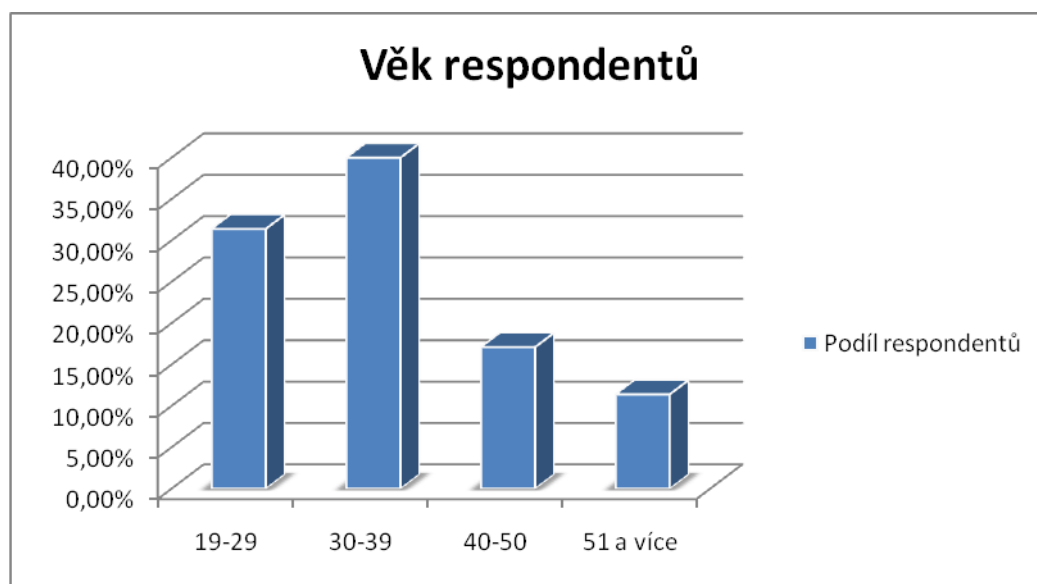
Graf 1. Pohlaví respondentů

Komentář:

Dotazníkového šetření se zúčastnilo 100 % žen.

Otázka č. 2: Kolik je Vám let?*Tab. 4 Věk respondentů*

Možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost	%
19 – 29	22	0,32	32
30 – 39	28	0,4	40
40 – 50	12	0,17	17
51 a více	8	0,11	11
CELKEM	70	1	100

*Graf 2. Věk respondentů***Komentář:**

Z celkového počtu 70 dotazovaných respondentů je 40 % z nich zastoupeno ve věku od 30 do 39 let, 32 % ve věku od 19 do 29 let, 17 % ve věku od 40 do 50 let a 8 % ve věku 51 a více.

Otázka č. 3: Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

Tab. 5 Nejvyšší dosažené vzdělání

Možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost	%
Střední ukončené maturitní zkouškou	51	0,73	73
Vyšší odborné	14	0,2	20
Vysokoškolské Bc.	4	0,06	6
Vysokoškolské Mgr.	1	0,01	1
CELKEM	70	1	100



Graf 3. Nejvyšší dosažené vzdělání

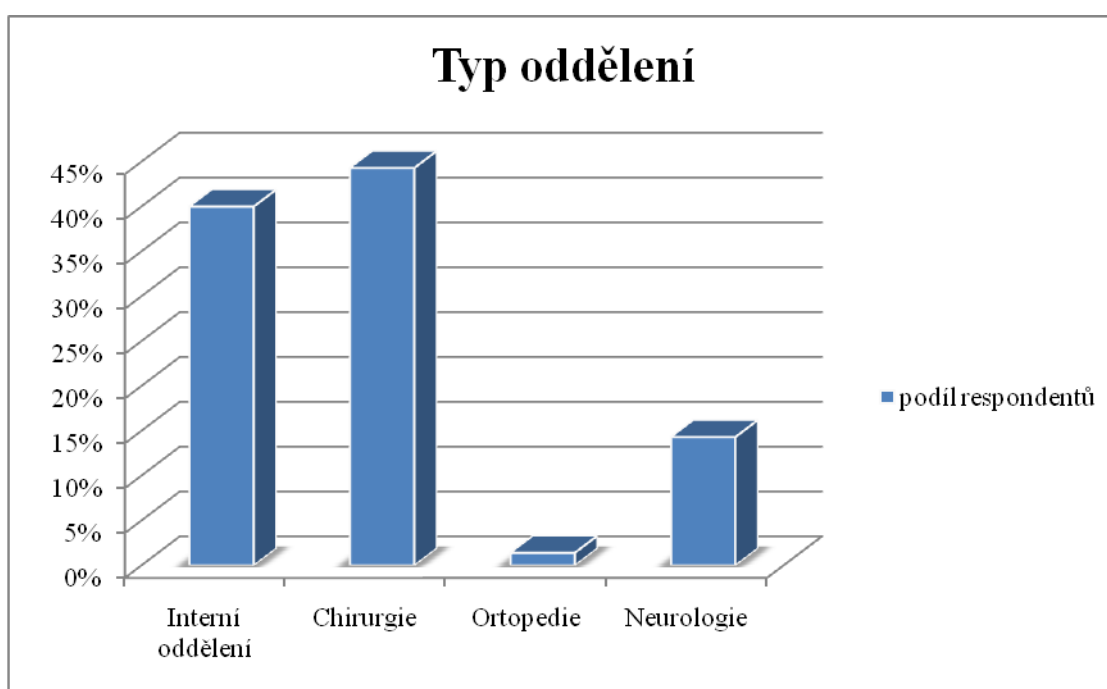
Komentář:

Ze 70 dotazovaných respondentů má 73 % středoškolské vzdělání, 20 % vyšší odborné, 6 % vysokoškolské Bc. a pouze 1 % vysokoškolské Mgr.

Otázka č. 4: Kde pracujete?

Tab. 6 Typ oddělení

Možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost	%
Interní oddělení	28	0,4	40
Chirurgické oddělení	31	0,45	45
Oddělení ortopedie	1	0,01	1
Oddělení neurologie	10	0,14	14
CELKEM	70	1	100



Graf 4. Typ oddělení

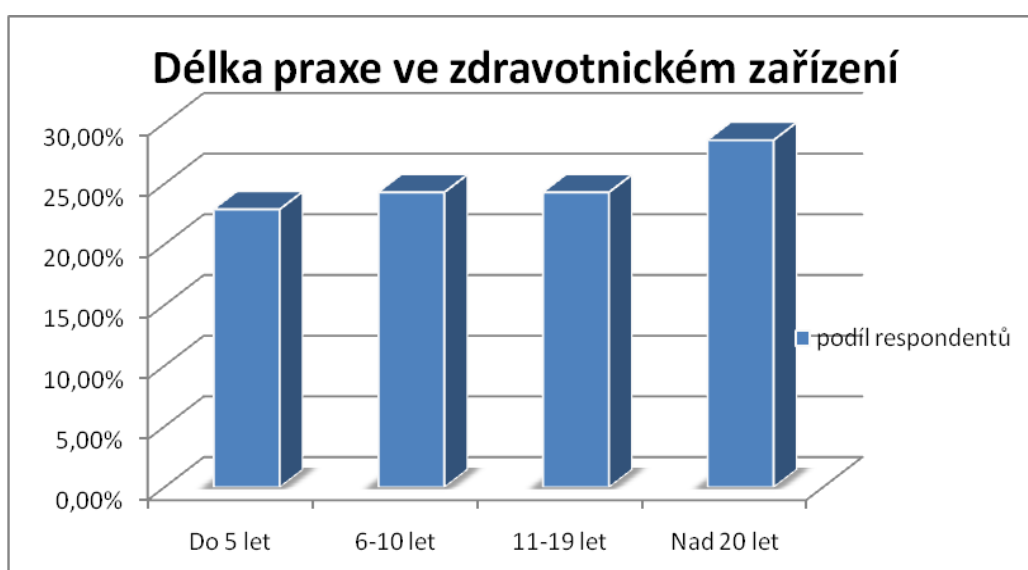
Komentář:

Z grafu vyplývá, že nejvíce dotazníků bylo vyplněno na chirurgickém oddělení, tedy 45 %. 40 % respondentů pracuje na interním oddělení, 14 % respondentů na oddělení neurologie a jen 1 % na oddělení ortopedie.

Otázka č. 5: Jaká je délka Vaší praxe ve zdravotnickém zařízení?

Tab. 7 Délka praxe ve zdravotnickém zařízení

Možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost	%
Do 5 let	16	0,23	23
6-10 let	17	0,24	24
11-19 let	17	0,24	24
Nad 20 let	20	0,29	29
CELKEM	70	1	100



Graf 5. Délka praxe ve zdravotnickém zařízení

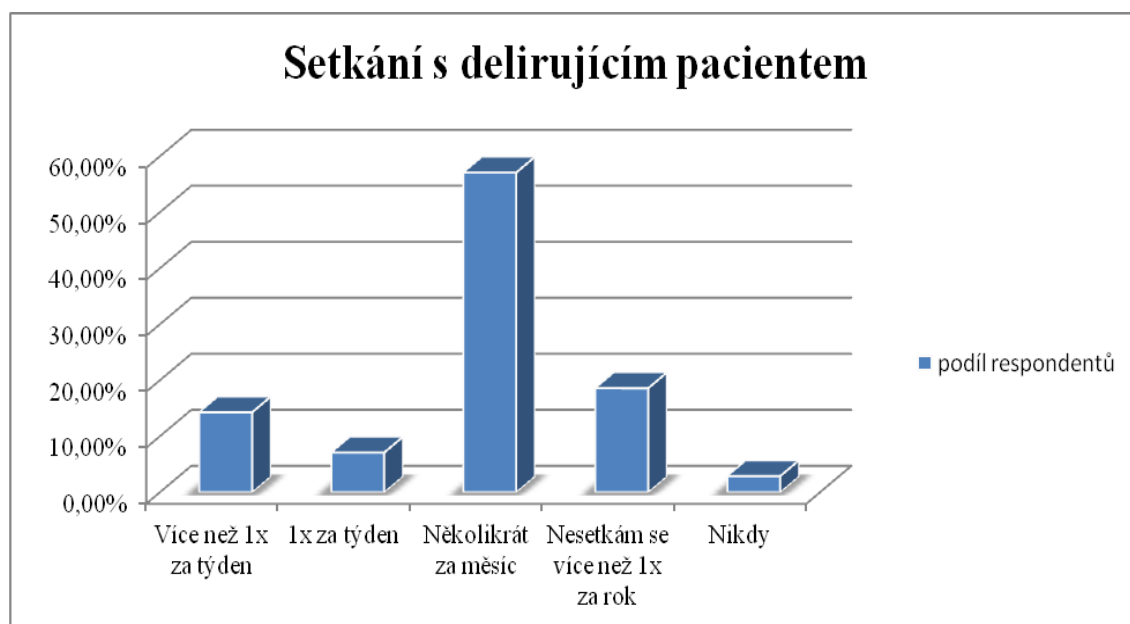
Komentář:

Z celkového počtu 70 respondentů pracuje 29 % ve zdravotnickém zařízení déle než 20 let, 24 % respondentů v rozmezí 11 - 19 let a 6 - 10 let. Do 5 let pracuje 23 % respondentů.

Otázka č. 6: Jak často se setkáváte s delirujícím pacientem?

Tab. 8 Setkání s delirujícím pacientem

Možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost	%
Více než 1x za týden	10	0,14	14
1x za týden	5	0,07	7
Několikrát za měsíc	40	0,57	57
S delirujícím pacientem se nesetkám více než 1x za rok	13	0,19	19
Nikdy	2	0,03	3
CELKEM	70	1	100



Graf 6. Setkání s delirujícím pacientem

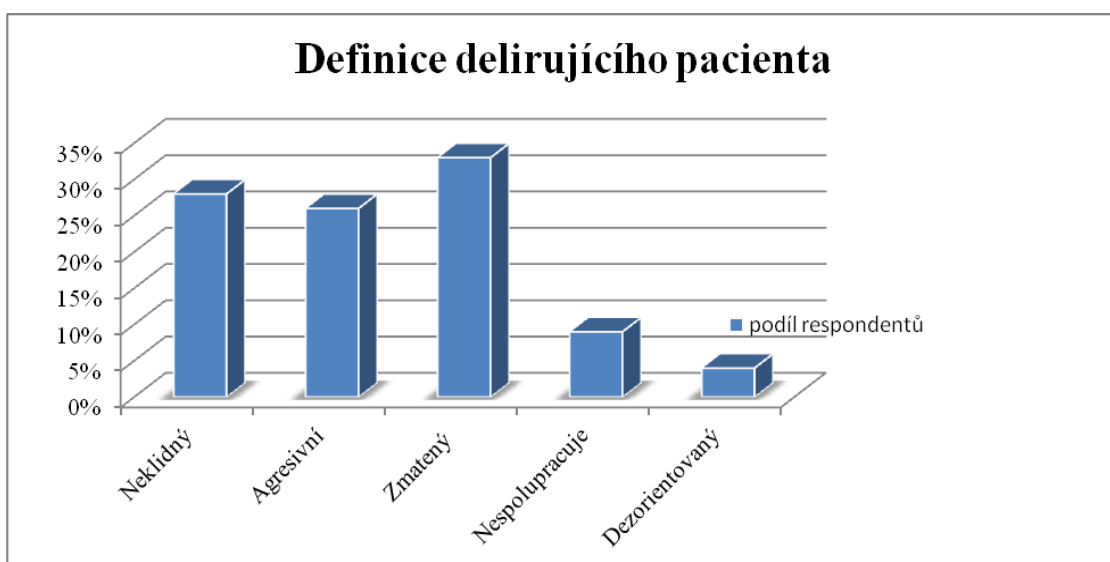
Komentář:

Průzkumem bylo zjištěno, že 57 % respondentů se s delirujícím pacientem setkává několikrát za měsíc, 19 % se s delirujícím pacientem nesetká více než jedenkrát za rok. Více než jedenkrát za týden se s delirujícím pacientem setkává 14 % respondentů, jedenkrát za týden 7 % respondentů a 3 % respondentů se s delirujícím pacientem nikdy nesetkává.

Otázka č. 7: Delirujícího pacienta bych definoval/a jako:

Tab. 9 Definice delirujícího pacienta

Možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost	%
Neklidný	20	0,28	28
Agresivní	18	0,26	26
Zmatený	23	0,33	33
Nespolupracuje	6	0,09	9
Dezorientovaný	3	0,04	4
CELKEM	70	1	100



Graf 7. Definice delirujícího pacienta

Komentář:

Z celkového počtu 70 respondentů 28 % respondentů charakterizovalo delirujícího pacienta jako neklidného, 26 % agresivního, 33 % zmateného, 9 % nespolutracujícího pacienta. Pouze 4 % respondentů ho popsali jako člověka dezorientovaného místem, časem, osobou.

K neklidnému, agresivnímu a zmatenému pacientovi byly uvedeny popisy delirujícího pacienta jako:

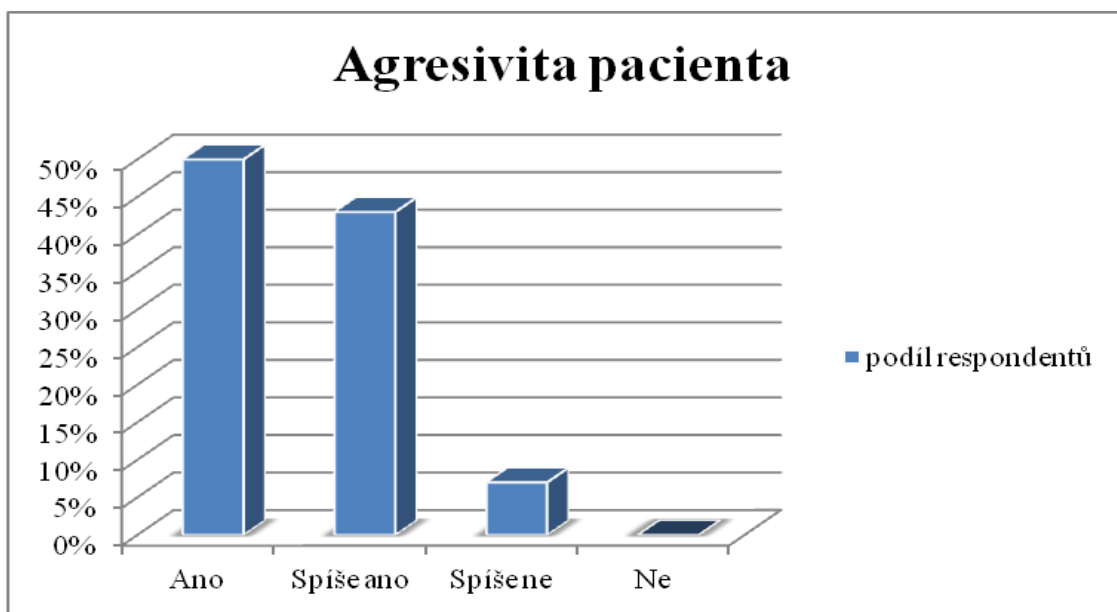
- „Člověka s abstinenčními příznaky;“
- „Zvíře, zvířátko;“

- *„Neklidného sprostého ožralu nebo chudáka, co nezvládá infekci;“*
- *„Alkoholika, hulváta;“*
- *„Verbálně nezvladatelného a roztřeseného;“*
- *„Pacienta, který má nekontrolovatelné agresivní chování, který může být nebezpečný sobě i svému okolí, někdy sebepoškozujícího;“*
- *„Komplikovaného pacienta, který je náročný na oš. péči, je to běh na dlouhé trať;“*
- *„Jako pacienta, který slyší hlasy;“*
- *„Verbálně i fyzicky agresivního;“*
- *„Nepříjemného, arogantního, který má halucinace, blouznění, je opocený;“*
- *„Pacienta, s kterým je špatná komunikace;“*
- *„Pacienta s celkovou poruchou poznávacích funkcí a pozornosti;“*
- *„S nekontrolovatelnými pohyby, který má bludy, je nevyzpytatelný;“*
- *„Stav pacienta, při kterém jsou ohroženy životní funkce, hyperaktivní, vulgární;“*
- *„Vzniká jako následek abstinence návykové látky;“*
- *„Deficit návykové látky= klient, který nezvládá léčbu antabusem, trápí ho nějaký nedořešený problém a řeší ho alkoholem. Má vidiny, představy, při změněném stavu vědomí;“*
- *„S poruchami vědomí, vnímání, myšlení, paměti a pozornosti;“*
- *„Pacienta, který může ublížit sám sobě i svému okolí. Je nekontrolovatelný, těžce zvládnutelný, agresivní;“*
- *„Pacient s kvalitativní poruchou vědomí s prudkým průběhem. Takový pacient je naprosto dezorientován, s halucinacemi a je rozrušený;“*
- *„Život ohrožující stav, pacient je agresivní, má halucinace, může dojít k zástavě a srdeční činnosti a dechu, hospitalizace na JIP.“*

Otázka č. 8: Zaškrtněte možnost, se kterou se nejvíce ztotožňujete:

Tab. 10 Agresivita pacienta

Možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost	%
Ano	35	0,5	50
Spíše ano	30	0,43	43
Spíše ne	5	0,07	7
Ne	0	0	0
CELKEM	70	1	100



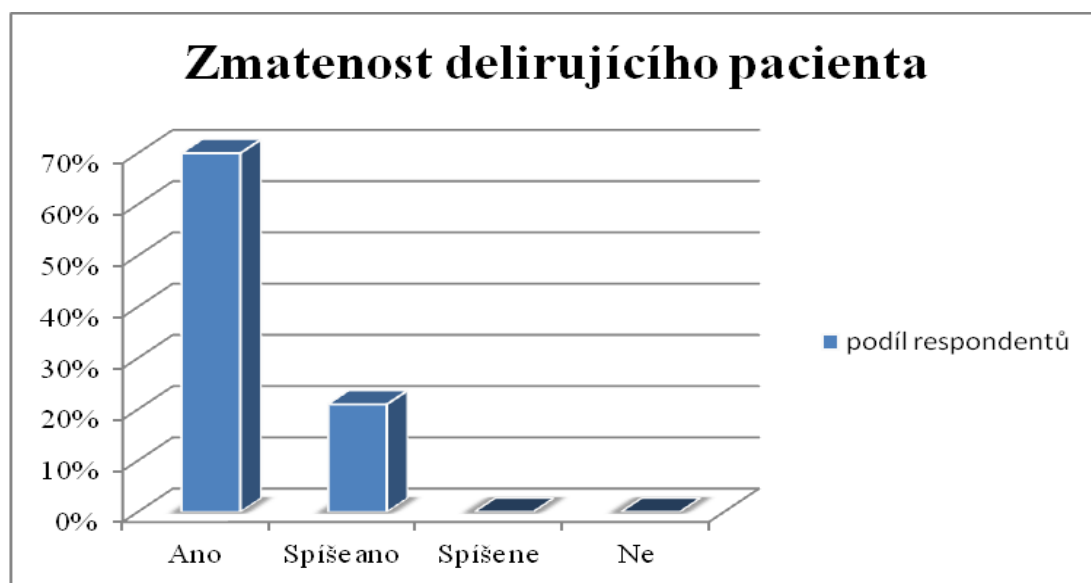
Graf 8. Agresivita pacienta

Komentář:

Ze 70 respondentů se 50 % domnívá, že je delirující pacient agresivní, 43 % respondentů se přiklání k odpovědi spíše ano, spíše ne uvádí 7 % respondentů. Ani jeden respondent nevybral možnost ne.

Tab. 11 Zmatenost delirujícího pacienta

Možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost	%
Ano	55	0,79	79
Spíše ano	15	0,21	21
Spíše ne	0	0	0
Ne	0	0	0
CELKEM	70	1	100



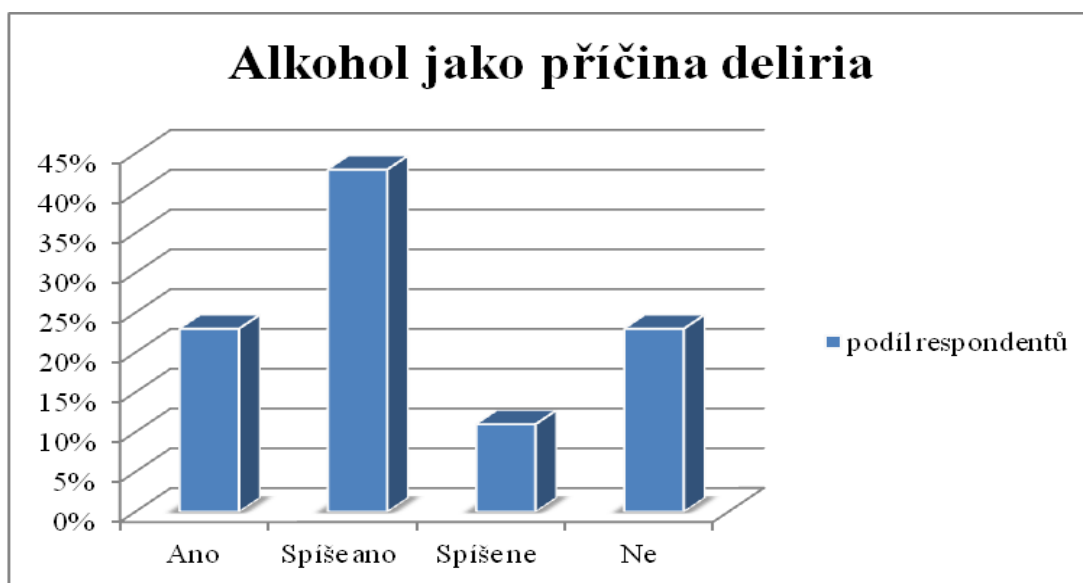
Graf 9. Zmatenost delirujícího pacienta

Komentář:

Průzkum ukázal, že 79 % respondentů by delirujícího pacient charakterizovali jako zmateného. K možnosti spíše ano se přiklání 21 %. Žádný respondent nevybral možnost spíše ne nebo ne.

Tab. 12 Alkohol jako příčina deliria

Možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost	%
Ano	16	0,23	23
Spíše ano	30	0,43	43
Spíše ne	8	0,11	11
Ne	16	0,23	23
CELKEM	70	1	100



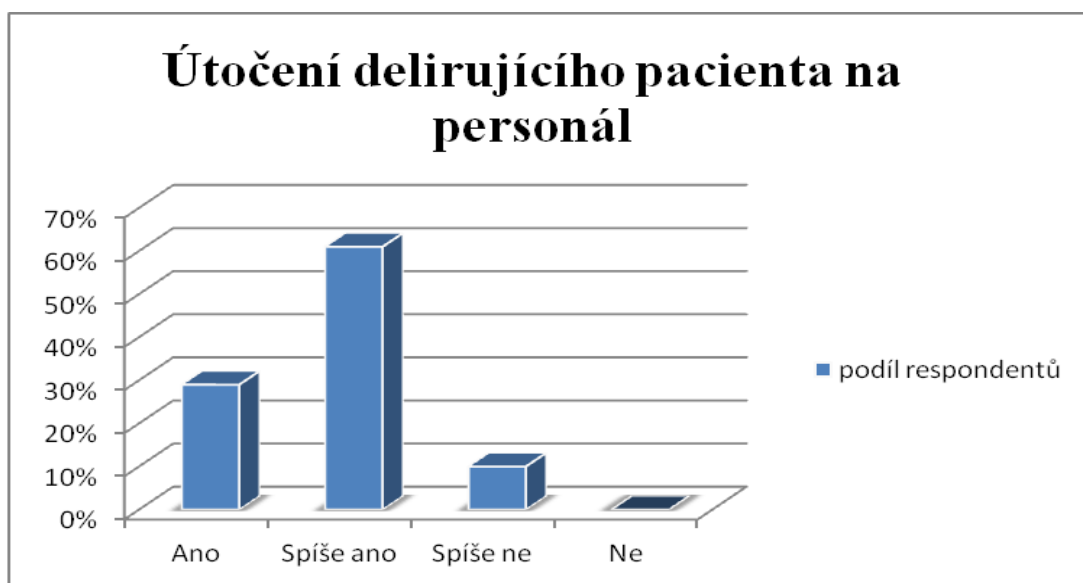
Graf 10. Alkohol jako příčina deliria

Komentář:

Z celkového počtu 70 respondentů 23 % respondentů uvedlo, že je delirující pacient vždy alkoholik, 43 % respondentů vybralo odpověď spíše ano, ke spíše ne se přiklání 11 % respondentů. Možnost ne vybralo 23 % respondentů.

Tab. 13 Útočení delirujícího pacienta na personál

Možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost	%
Ano	20	0,29	29
Spíše ano	43	0,61	61
Spíše ne	7	0,10	10
Ne	0	0	0
CELKEM	70	1	100



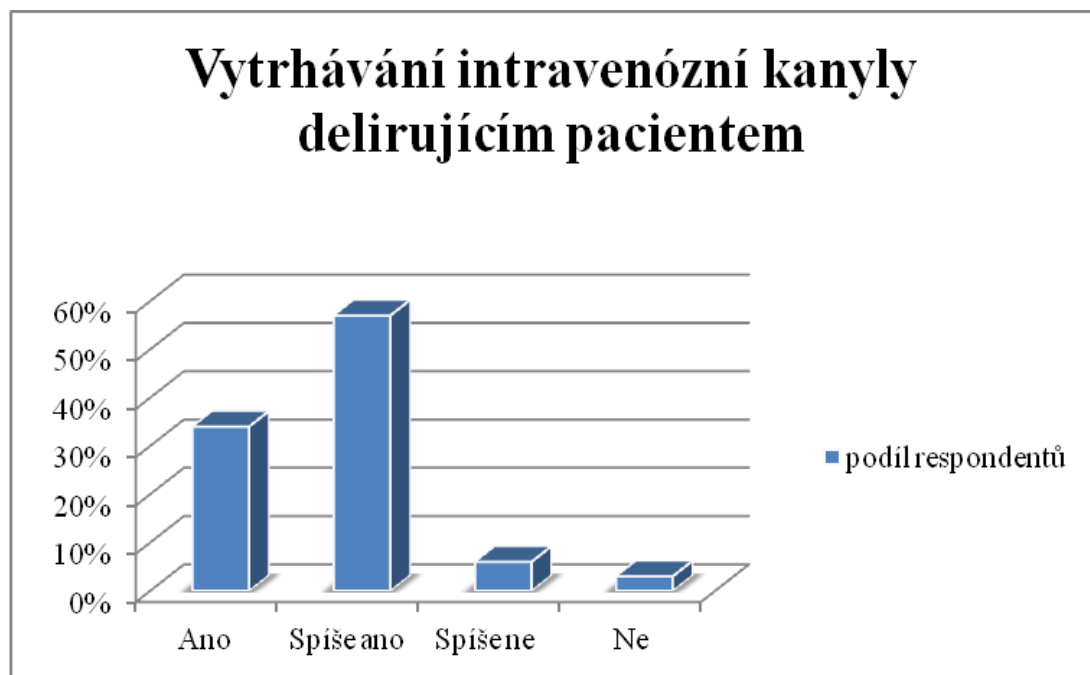
Graf 11. Útočení delirujícího pacienta na personál

Komentář:

Z grafu vyplývá, že 29 % respondentů považuje delirujícího pacienta za člověka, který útočí na personál, 61 % respondentů se přiklání k možnosti spíše ano. Odpověď spíše ne vybralo 10 % respondentů a žádný respondent nezvolil odpověď ne.

Tab. 14 Vytrhávání intravenózní kanyly delirujícím pacientem

Možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost	%
Ano	24	0,34	34
Spíše ano	40	0,57	57
Spíše ne	4	0,06	6
Ne	2	0,03	3
CELKEM	70	1	100



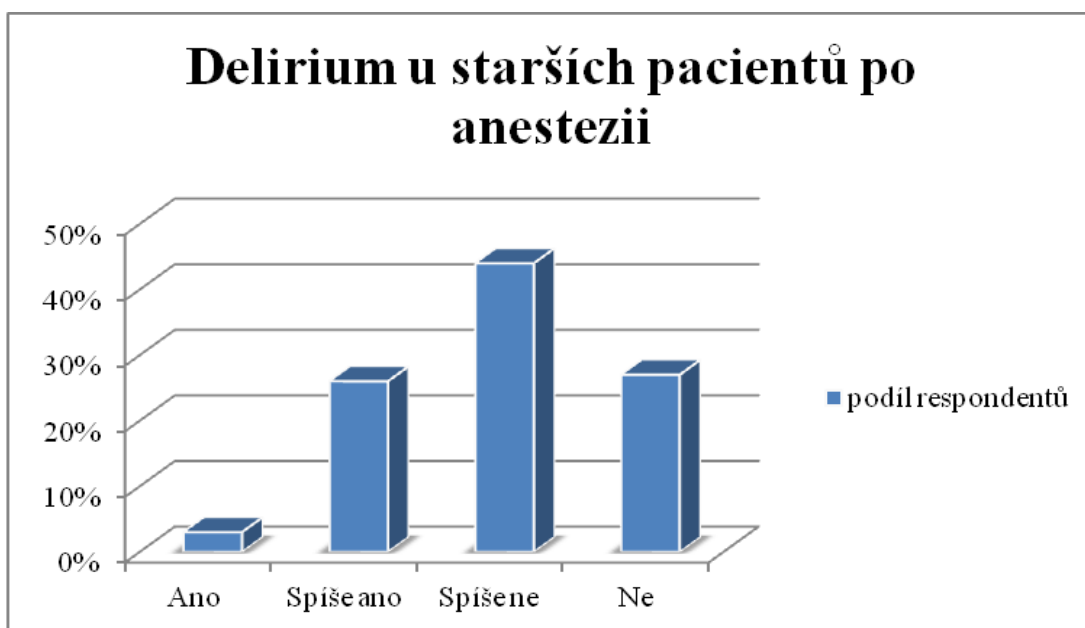
Graf 12. Vytrhávání intravenózní kanyly delirujícím pacientem

Komentář:

Z celkového počtu 70 respondentů 57 % respondentů uvedlo možnost spíše ano, 34 % respondentů vybralo možnost ano. 6 % respondentů spíše ne a pouze 3 % respondentů ne.

Tab. 15 Delirium u starších pacientů po anestezii

Možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost	%
Ano	2	0,03	3
Spíše ano	18	0,26	26
Spíše ne	31	0,44	44
Ne	19	0,27	27
CELKEM	70	1	100



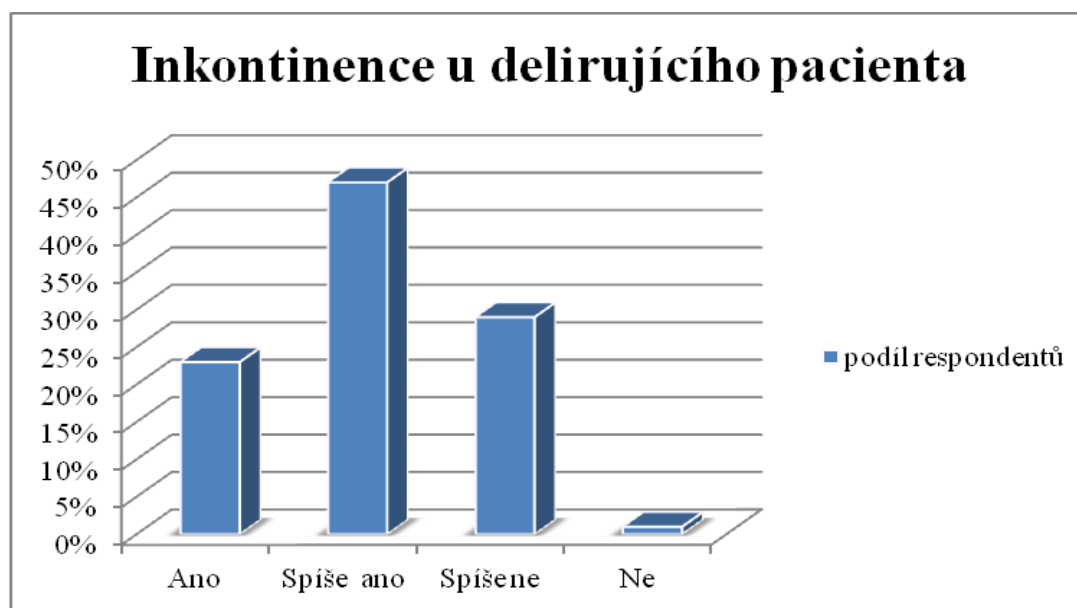
Graf 13. Delirium u starších pacientů po anestezii

Komentář:

Průzkumem bylo zjištěno, že 44 % respondentů uvedlo k danému tvrzení možnost spíše ne, 27 % vybralo odpověď ne, 26 % možnost spíše ano a 3 % respondentů zvolilo možnost ano.

Tab. 16 Inkontinence u delirujícího pacienta

Možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost	%
Ano	16	0,23	23
Spíše ano	33	0,47	47
Spíše ne	20	0,29	29
Ne	1	0,01	1
CELKEM	70	1	100



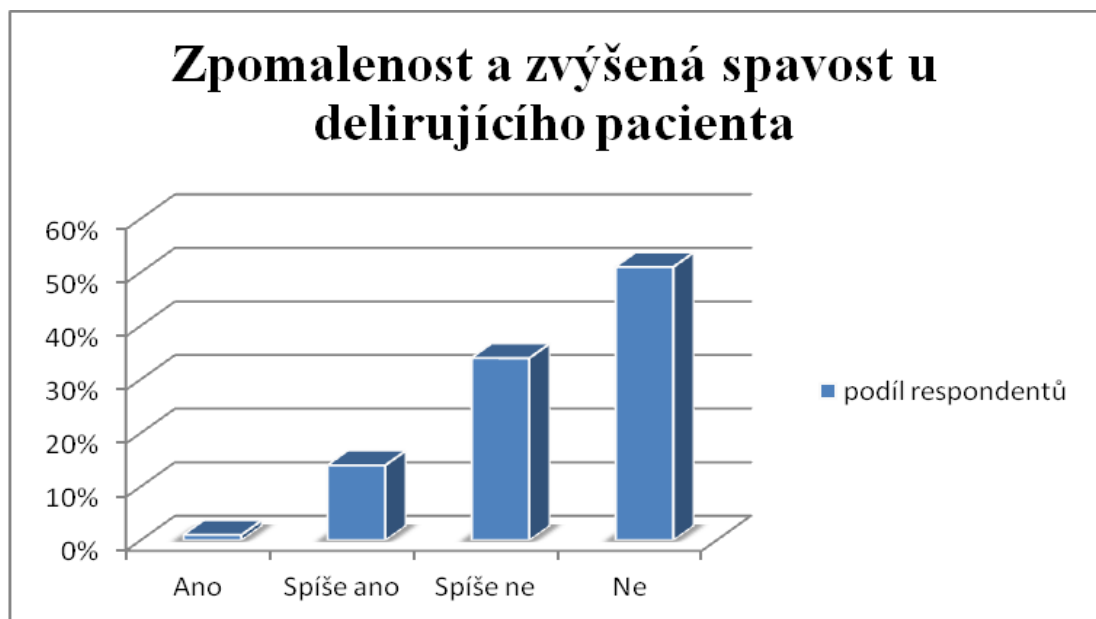
Graf 14. Inkontinence u delirujícího pacienta

Komentář:

Z celkového počtu 70 respondentů 47 % uvádí možnost spíše ano, tedy že delirující pacient často trpí inkontinencí, 29 % vybralo možnost spíše ne, 23 % ano a 1 % ne.

Tab. 17 Zpomalenost a zvýšená spavost u delirujícího pacienta

Možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost	%
Ano	1	0,01	1
Spíše ano	9	0,14	14
Spíše ne	24	0,34	34
Ne	36	0,51	51
CELKEM	70	1	100



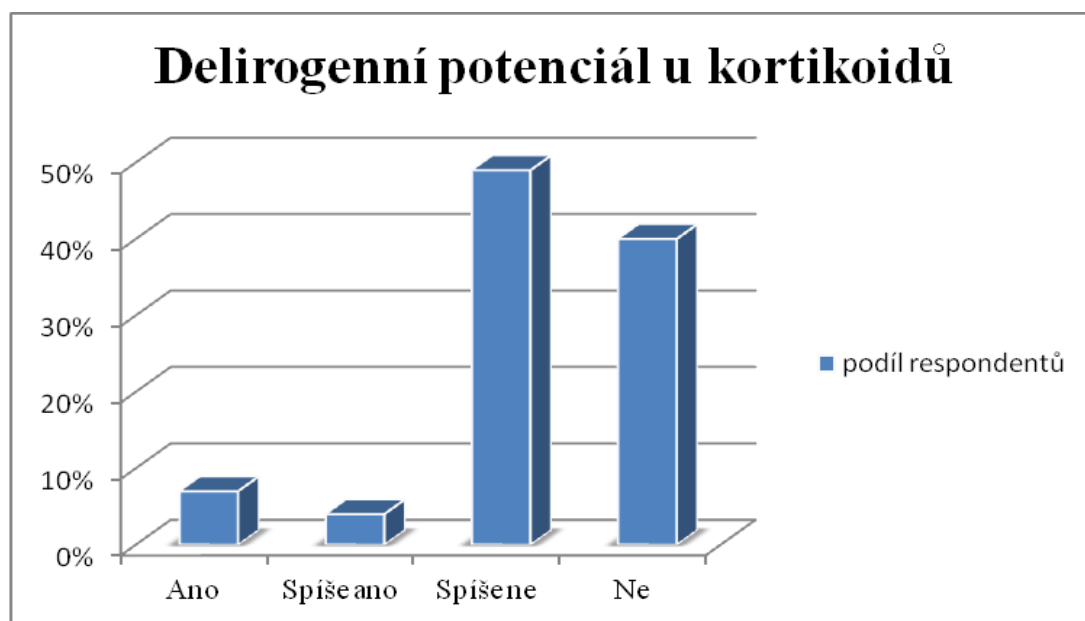
Graf 15. Zpomalenost a zvýšená spavost u delirujícího pacienta

Komentář:

Jen 1 % respondentů vybralo možnost ano, tedy že delirující pacient je zpomalený a celý den prospí. Spíše ano vybralo 14 %, možnost spíše ne 34 % a až 51 % zvolilo možnost ne.

Tab. 18 Delirogení potenciál u kortikoidů

Možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost	%
Ano	5	0,07	7
Spíše ano	3	0,04	4
Spíše ne	34	0,49	49
Ne	28	0,40	40
CELKEM	70	1	100



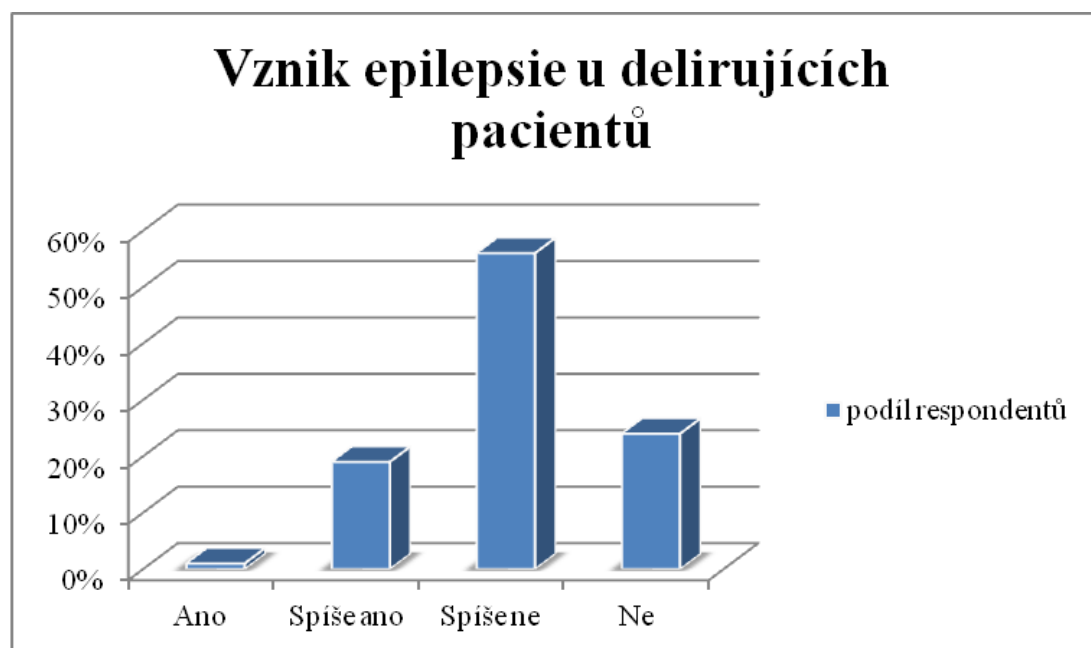
Graf 16. Delirogení potenciál u kortikoidů

Komentář:

Pouze 7 % respondentů vybralo možnost ano a 4 % spíše ano. 49 % respondentů uvedlo možnost spíše ne a 40 % respondentů s tvrzením nesouhlasí, respektive zaznamenalo možnost ne.

Tab. 19 Vznik epilepsie u delirujících pacientů

Možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost	%
Ano	1	0,01	1
Spíše ano	13	0,19	19
Spíše ne	39	0,56	56
Ne	17	0,24	24
CELKEM	70	1	100



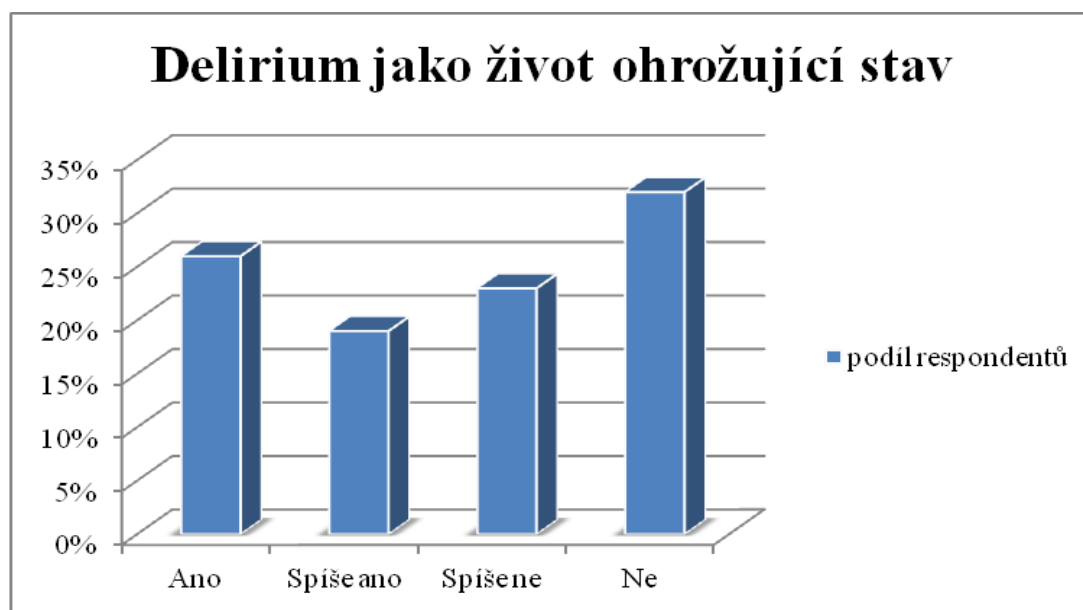
Graf 17. Vznik epilepsie u delirujících pacientů

Komentář:

Z celkového počtu 70 respondentů možnost spíše ne vybralo 56 %, ne 24 %, spíše ano 19 % a ano 1 %.

Tab. 20 Delirium jako život ohrožující stav

Možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost	%
Ano	18	0,26	26
Spíše ano	13	0,19	19
Spíše ne	16	0,23	23
Ne	23	0,32	32
CELKEM	70	1	100



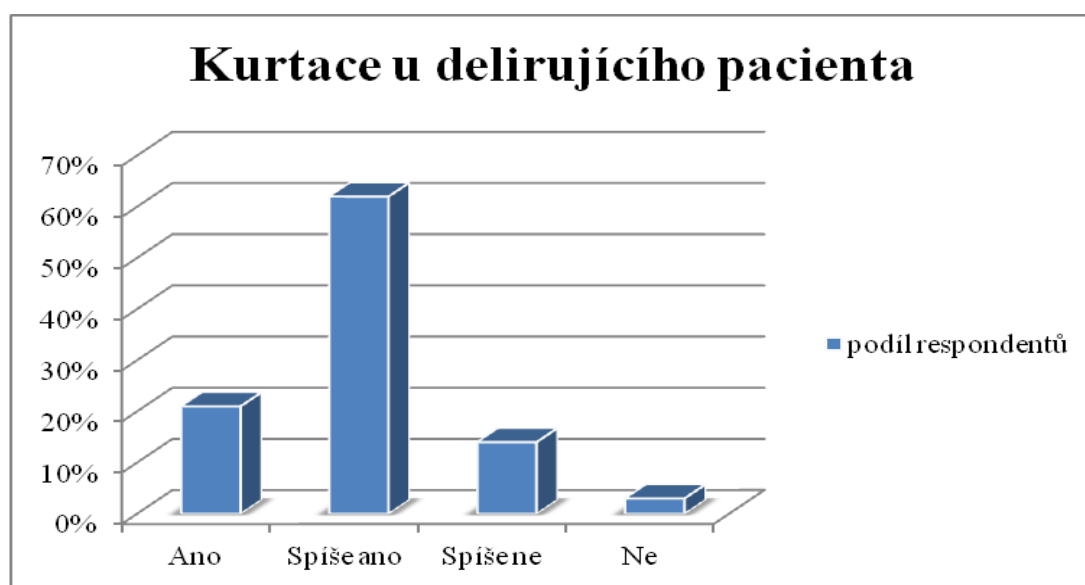
Graf 18. Delirium jako život ohrožující stav

Komentář:

Možnost ne zvolilo 32 % respondentů, možnost spíše ne 23 % respondentů. S tvrzením spíše ano souhlasí 19 % respondentů a ano vybralo 20 %.

Tab. 21 Kurtace u delirujícího pacienta

Možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost	%
Ano	15	0,21	21
Spíše ano	43	0,62	62
Spíše ne	10	0,14	14
Ne	2	0,03	3
CELKEM	70	1	100



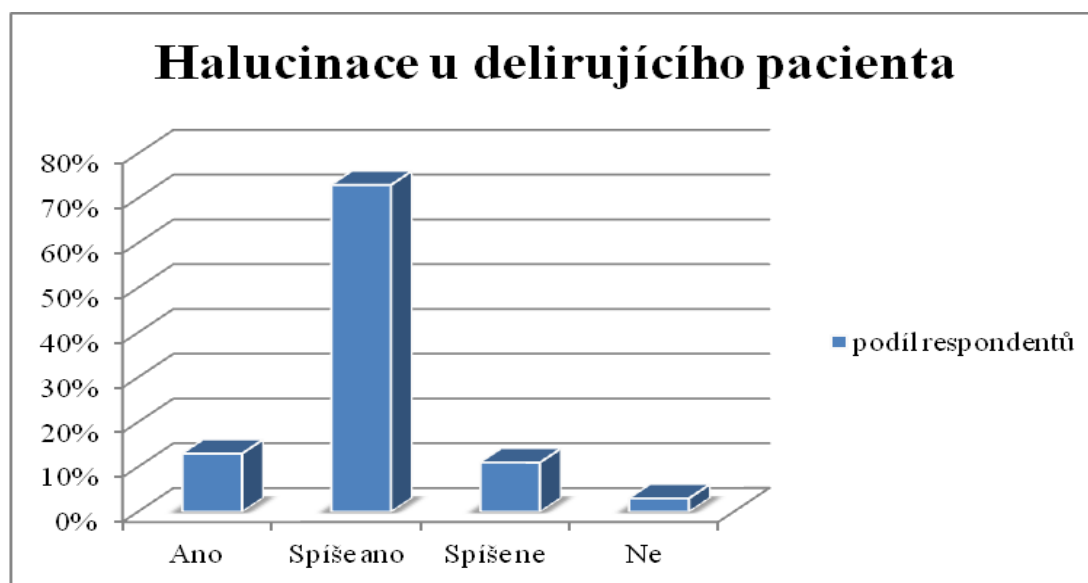
Graf 19. Kurtace u delirujícího pacienta

Komentář:

Z grafu vyplývá, že celkového počtu 70 respondentů vybralo možnost spíše ano 62 %, k možnosti ano se přiklání 21 %, spíše ne zvolilo 14 % a 3 % respondentů vybralo možnost ne.

Tab. 22 Halucinace u delirujícího pacienta

Možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost	%
Ano	9	0,13	13
Spíše ano	51	0,73	73
Spíše ne	8	0,11	11
Ne	2	0,03	3
CELKEM	70	1	100



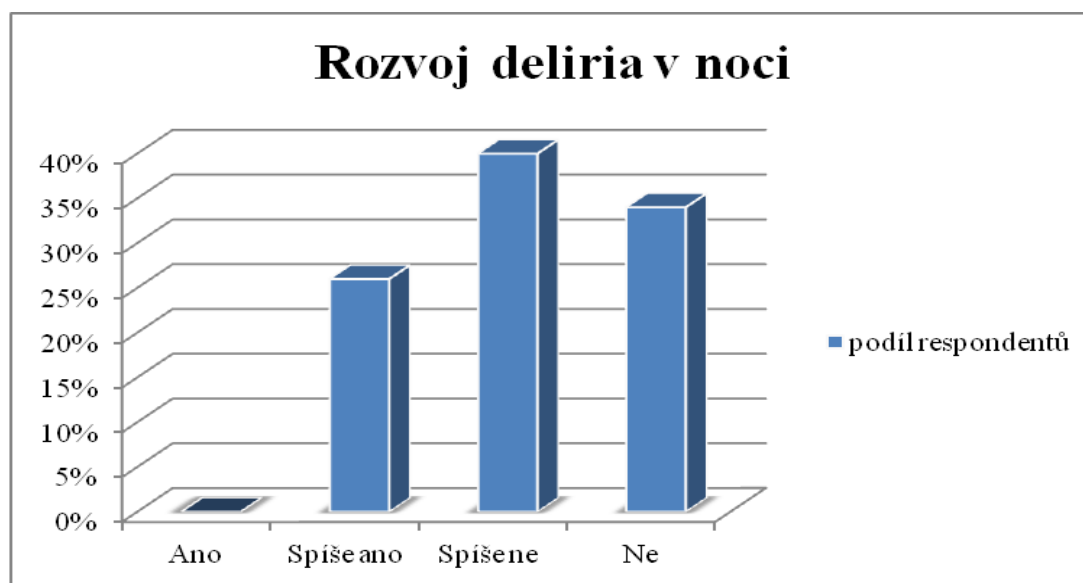
Graf 20. Halucinace u delirujícího pacienta

Komentář:

Z celkového počtu respondentů 73 % zvolilo jako svou odpověď spíše ano, 13 % ano, 11 % vybralo možnost spíše ne, 3 % respondentů možnost ne.

Tab. 23 Rozvoj deliria v noci

Možnosti	absolutní četnost	relativní četnost	%
Ano	0	0	0
Spíše ano	18	0,26	26
Spíše ne	28	0,40	40
Ne	24	0,34	34
CELKEM	70	1	100



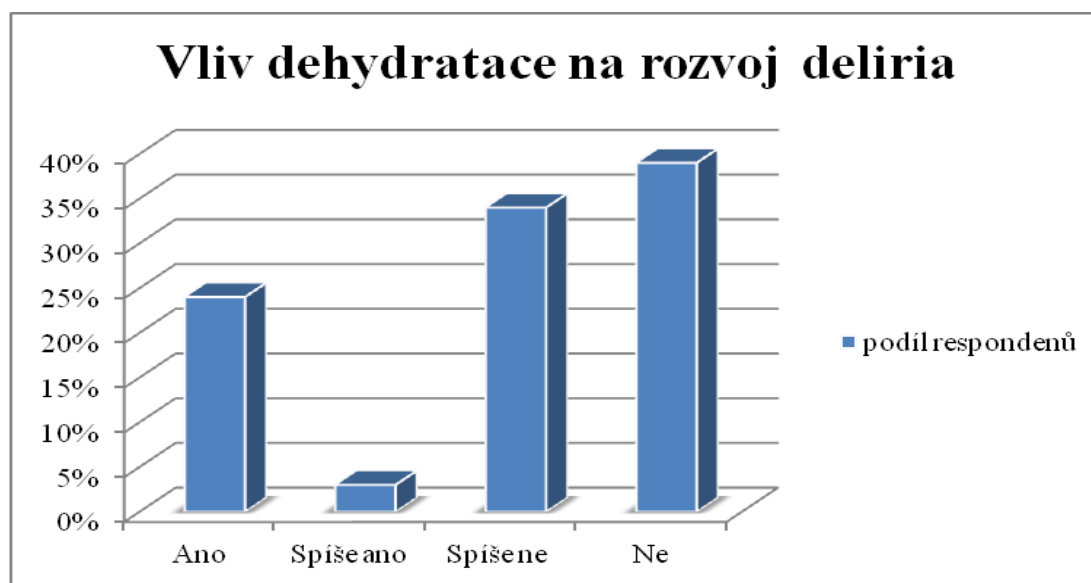
Graf 21. Rozvoj deliria v noci

Komentář:

Možnost spíše ne zvolilo 40 % respondentů, 34 % ne. Spíše ano si vybralo 26 % respondentů. Žádný z respondentů nevybral možnost ne.

Tab. 24 Vliv dehydratace na rozvoj deliria

Možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost	%
Ano	17	0,24	24
Spíše ano	2	0,03	3
Spíše ne	24	0,34	34
Ne	27	0,39	39
CELKEM	70	1	100



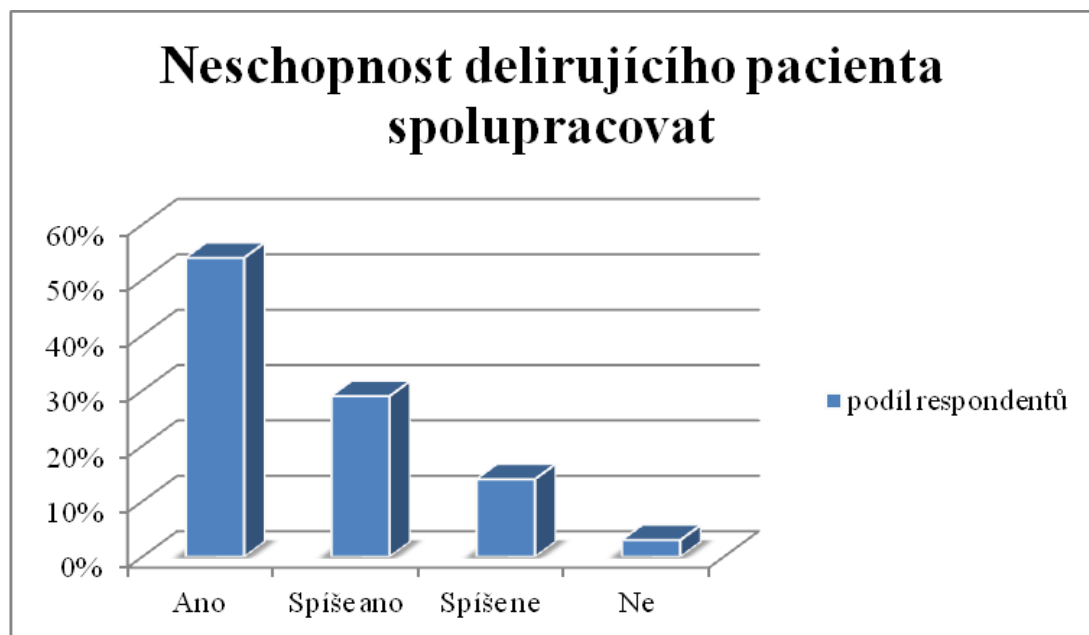
Graf 22. Vliv dehydratace na rozvoj deliria

Komentář:

Z grafu vyplývá, že se k odpovědi ne přiklonilo 39 % respondentů, k spíše ne 34 %. 24 % respondentů zvolilo možnost ano a 3 % možnost spíše ano.

Tab. 25 Neschopnost delirujícího pacienta spolupracovat

Možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost	%
Ano	38	0,54	54
Spíše ano	20	0,29	29
Spíše ne	10	0,14	14
Ne	2	0,03	3
CELKEM	70	1	100



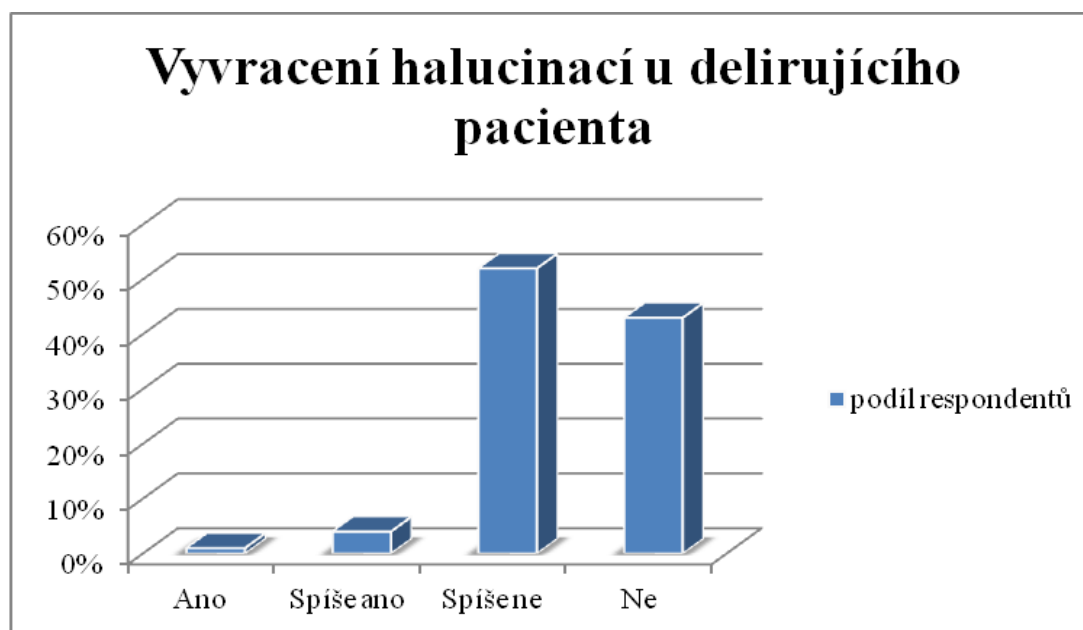
Graf 23. Neschopnost delirujícího pacienta spolupracovat

Komentář:

Z celkového počtu 70 respondentů 54 % respondentů s tvrzením souhlasí, tedy uvedlo možnost ano, 29 % respondentů zvolilo spíše ano, 14 % spíše ne a 3 % ne.

Tab. 26 Vyvracení halucinací u delirujícího pacienta

Možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost	%
Ano	1	0,01	1
Spíše ano	3	0,04	4
Spíše ne	36	0,52	52
Ne	30	0,43	43
CELKEM	70	1	100



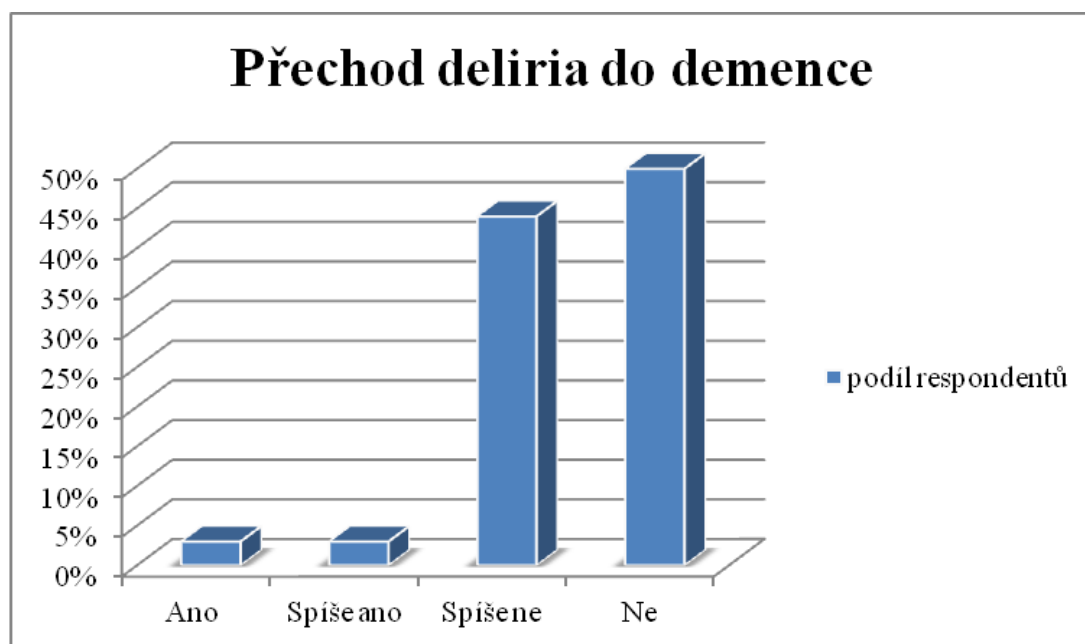
Graf 24. Vyvracení halucinace u delirujícího pacienta

Komentář:

Z celkového počtu 70 respondentů zvolilo možnost ne 43 %, spíše ne 52 %. Spíše ano 4 % a ano 1 %.

Tab. 27 Přejchod deliria do demence

Možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost	%
Ano	2	0,03	3
Spíše ano	2	0,03	3
Spíše ne	31	0,44	44
Ne	35	0,50	50
CELKEM	70	1	100



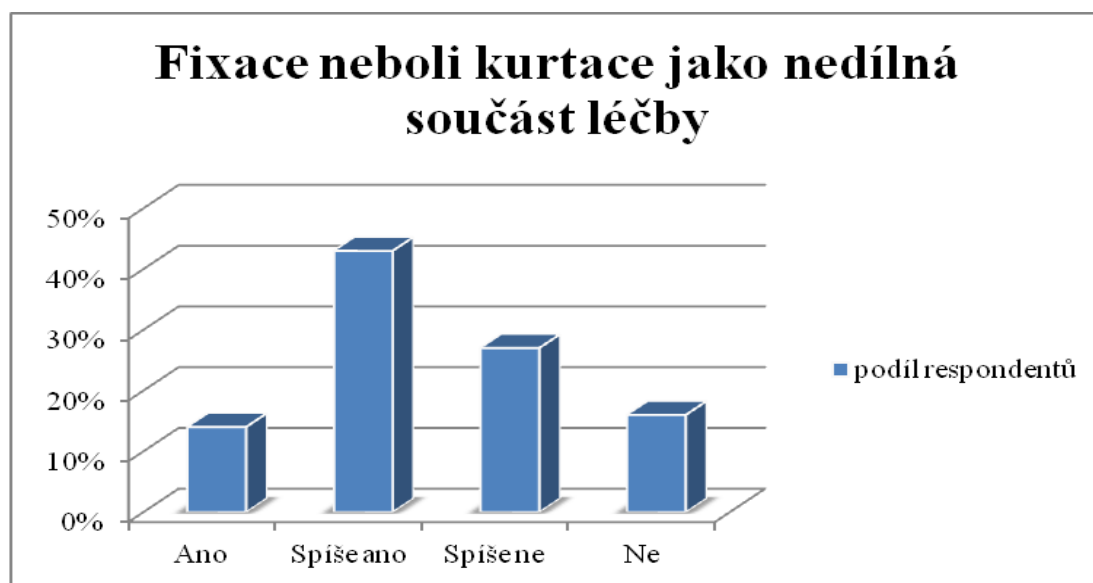
Graf 25. Přejchod deliria do demence

Komentář:

Z grafu vyplývá, že 50 % respondentů vybralo možnost ne, spíše ne 44 %. 3 % se přiklání k odpovědi ano a k spíše ano.

Tab. 28 Fixace neboli kurtace jako nedílná součást léčby

Možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost	%
Ano	10	0,14	14
Spíše ano	30	0,43	43
Spíše ne	19	0,27	27
Ne	11	0,16	16
CELKEM	70	1	100



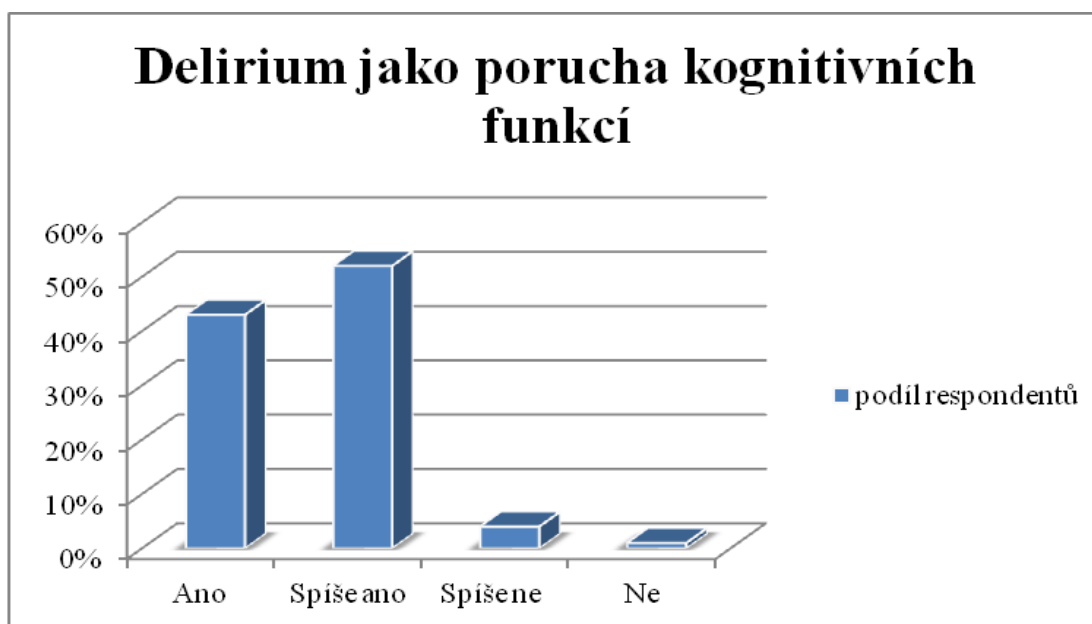
Graf 26. Fixace neboli kurtace jako nedílná součást léčby

Komentář:

Z celkového počtu 70 respondentů se 43 % přiklání k možnosti spíše ano, 27 % ke spíše ne. 16 % respondentů zahrlo možnost ne a 14 % možnost ano.

Tab. 29 Delirium jako porucha kognitivních funkcí

Možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost	%
Ano	30	0,43	43
Spíše ano	36	0,52	52
Spíše ne	3	0,04	4
Ne	1	0,01	1
CELKEM	70	1	100



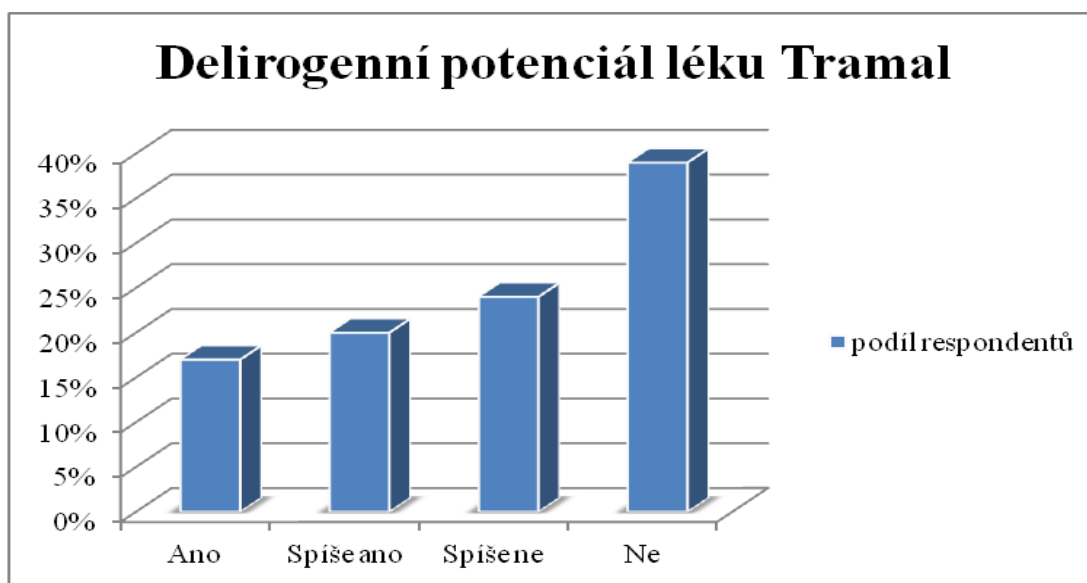
Graf 27. Delirium jako porucha kognitivních funkcí

Komentář:

Z grafu vyplývá, že z celkového počtu 70 respondentů vybralo možnost spíše ano 52 %, 43 % zaznamenalo možnost ano, 4 % spíše ne a 1 % ne.

Tab. 30 Delirogenní potenciál léku Tramal

Možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost	%
Ano	12	0,17	17
Spíše ano	14	0,20	20
Spíše ne	17	0,24	24
Ne	27	0,39	39
CELKEM	70	1	100



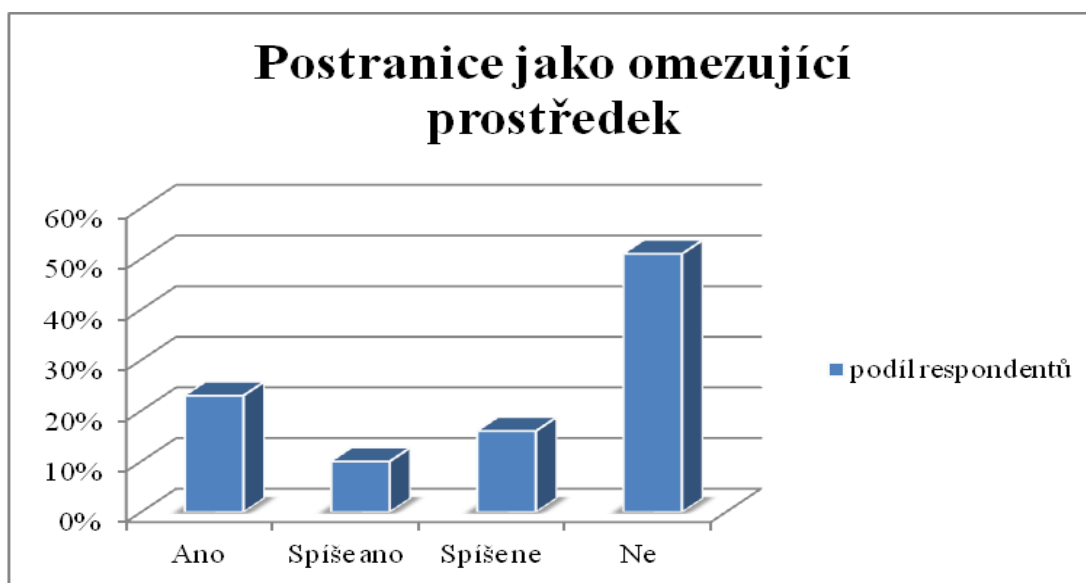
Graf 28. Delirogenní potenciál léku Tramal

Komentář:

Z grafu vyplývá, že 17 % vybralo možnost ano, spíše ano 20 %, spíše ne 24 % a ne 39 %.

Tab. 31 Postranice jako omezující prostředek

Možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost	%
Ano	16	0,23	23
Spíše ano	7	0,10	10
Spíše ne	11	0,16	16
Ne	36	0,51	51
CELKEM	70	1	100



Graf 29. Postranice jako omezující prostředek

Komentář:

Možnost ne vybralo 51 % respondentů, spíše ne 16 %. K odpovědi ano se přiklání 23 % respondentů a k spíše ano 10 %.

Tab. 32 Nemožnost zabránění vzniku deliria

Možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost	%
Ano	14	0,20	20
Spíše ano	16	0,23	23
Spíše ne	28	0,40	40
Ne	12	0,17	17
CELKEM	70	1	100



Graf 30. Nemožnost zabránění vzniku deliria

Komentář:

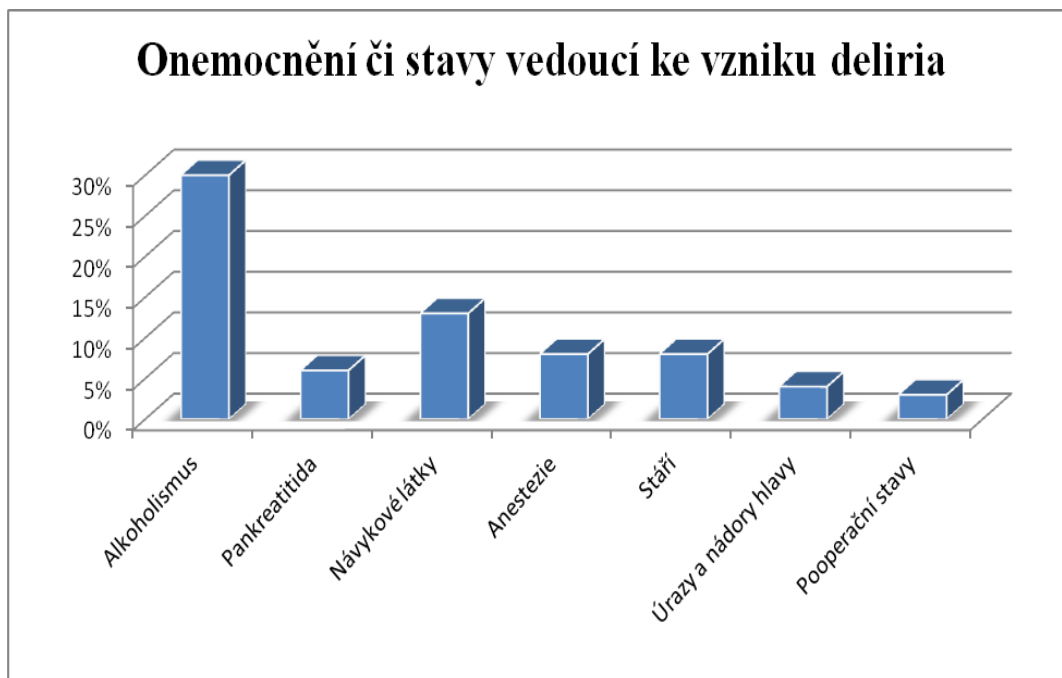
Z celkového počtu 70 respondentů vybralo možnost ne 17 %, spíše ne 40 %. 23 % respondentů zaznačilo odpověď spíše ano a 20 % možnost ano.

Otázka č. 9: Jaká onemocnění či stavy mohou vést ke vzniku delirií?

Tab. 33 Onemocnění či stavy vedoucí ke vzniku delirií

Možnosti	Absolutní četnost odpovědí	Relativní četnost odpovědí	%
Alkoholismus	50	0,30	30
Pankreatitida	10	0,06	6
Návykové látky	22	0,13	13
Anestezie	13	0,08	8
Stáří	13	0,08	8
Úrazy a nádory hlavy	7	0,04	4
Pooperační stavy	6	0,03	3
Jiné onemocnění či stavy	48	0,28	28
CELKEM odpovědí	169	1	100

Nejčastější odpovědi jsou znázorněny v grafu 31.



Graf 31. Onemocnění či stavy vedoucí ke vzniku delirií

Komentář:

Z grafu vyplývá, že nejčastějším onemocněním či stavem vedoucí ke vzniku deliria je podle 30 % odpovědí alkoholismus, dalšími nejčastějšími odpověďmi byly návykové látky, jež tvořily 13 % odpovědí, anestezie a stáří 8 %, 6 % pankreatitida, u 4 % odpovědí se objevovaly úrazy a nádory hlavy. Pooperační stavy tvoří 3% odpovědí.

Dalšími odpověďmi byly:

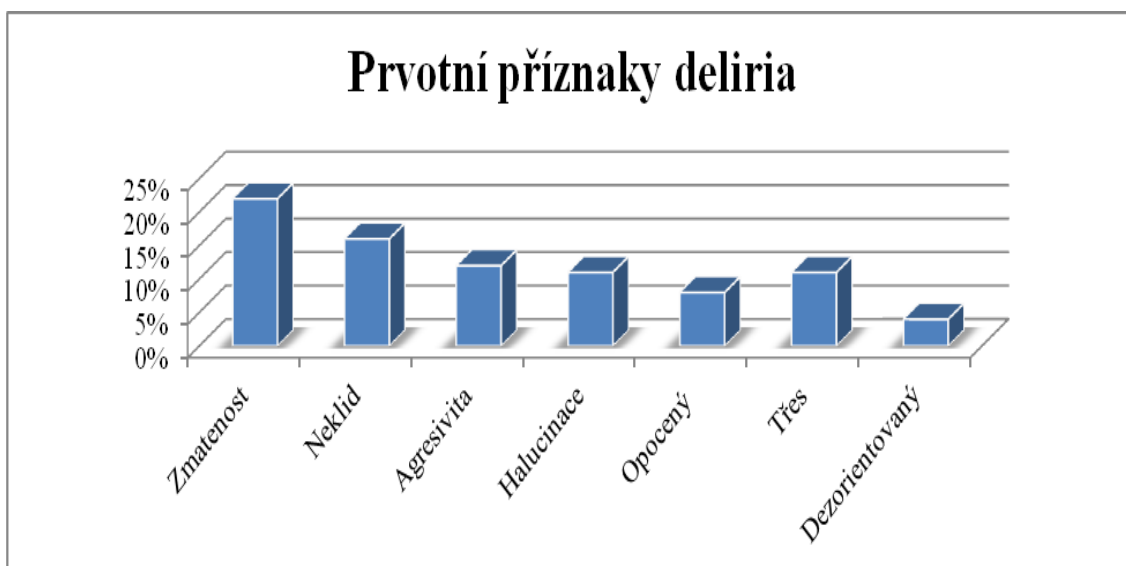
- „*Porucha funkce mozku;*“
- „*Opiáty;*“
- „*Nikotin;*“
- „*Demence;*“
- „*Jakákoliv onemocnění;*“
- „*Hospitalizace a změna prostředí;*“
- „*Horečka;*“
- „*Hypoxie*“
- „*Cirhóza;*“
- „*Sepse;*“
- „*Renální selhání;*“
- „*Metabolická onemocnění;*“
- „*Intoxikace;*“
- „*Psychózy;*“
- „*Dehydratace;*“
- „*Bolest;*“
- „*Infekce;*“
- „*Epilepsie;*“
- „*Cévní mozková příhoda;*“
- „*Orgánové selhání.*“

Otázka č. 10: Mezi prvotní příznaky deliria patří?

Tab. 34 Prvotní příznaky deliria

Možnosti	Absolutní četnost odpovědí	Relativní četnost odpovědí	%
Zmatenost	36	0,22	22
Neklid	26	0,16	16
Agresivita	20	0,12	12
Halucinace	19	0,11	11
Třes	19	0,11	11
Opocení	13	0,08	8
Dezorientovaný	6	0,04	4
Ostatní	25	0,15	15
CELKEM odpovědí	164	1	100

Nejčastější odpovědi jsou znázorněny v grafu 32.



Graf 32. Prvotní příznaky deliria

Komentář:

Z celkového počtu 164 odpovědí, 70 respondentů nejčastěji odpovědělo, že prvotním příznakem deliria je zmatenost, tedy 22 %, v 16 % odpovědí se objevoval neklid, ve 12 % agresivita, v 11 % halucinace i třes, v 8 % je pacient opocení, ve 4 % dezorientovaný.

Další příznaky, které respondenti uvedli respondenti:

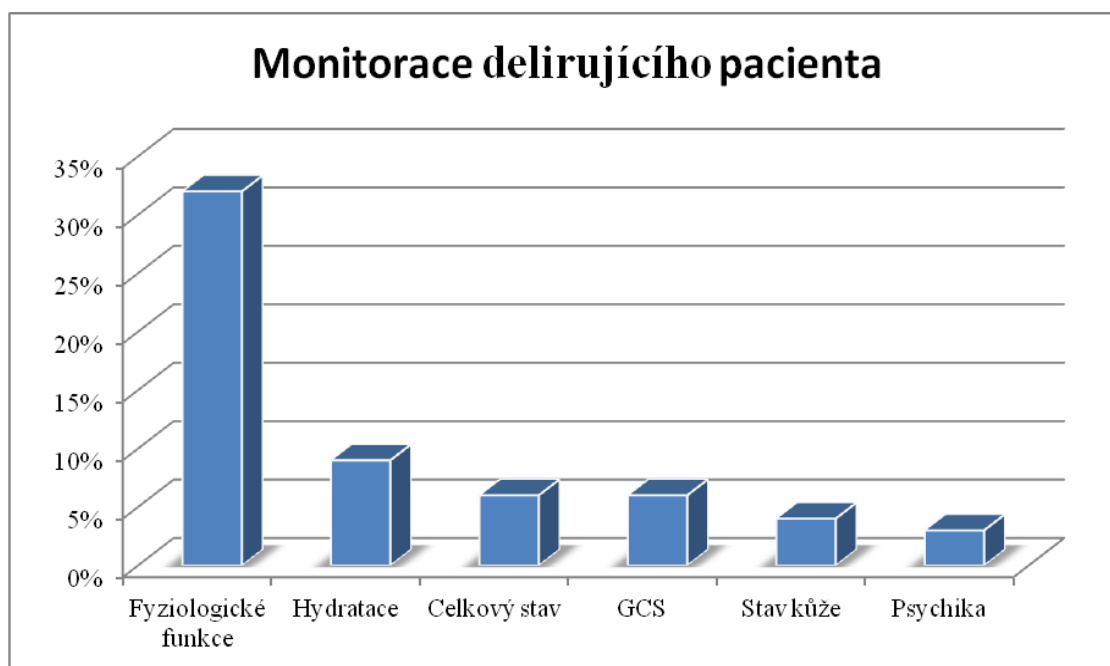
- „Zarudnutí;“
- „Tachykardie;“
- „Slovní urážky;“
- „Psychomotorický neklid;“
- „Poruchy vědomí myšlení, paměti;“
- „Vulgarita;“
- „Odmítání spolupráce;“
- „Apatie;“
- „Hypertenze;“
- „Iluze;“
- „Subfebrilie;“
- „Blouznění;“
- „Vzrušení psychomotorických dovedností a kognitivních funkcí.“

Otázka č. 11: Při poskytování ošetrovatelské péče o delirujícího pacienta sledujeme:

Tab. 35 Monitorace delirujícího pacienta

Možnosti	Absolutní četnost odpovědí	Relativní četnost odpovědí	%
Fyziologické funkce	36	0,32	32
Hydratace	10	0,09	9
Celkový stav	7	0,06	6
GCS	7	0,06	6
Stav kůže	4	0,04	4
Psychika	3	0,03	3
Ostatní	46	0,40	40
CELKEM odpovědí	113	1	100

Nejčastější odpovědi jsou znázorněny v grafu 33.



Graf 33. Monitorace delirujícího pacienta

Komentář:

Na danou otázku bylo celkem 113 odpovědí. Z toho nejčastěji repondenti napsali, že sledují fyziologické funkce, a to ve 32 %, v 9 % odpovědí byla hydratace, v 6 % celkový stav a GCS (Glasgow Coma Scale), ve 4 % stav kůže a ve 3 % psychika.

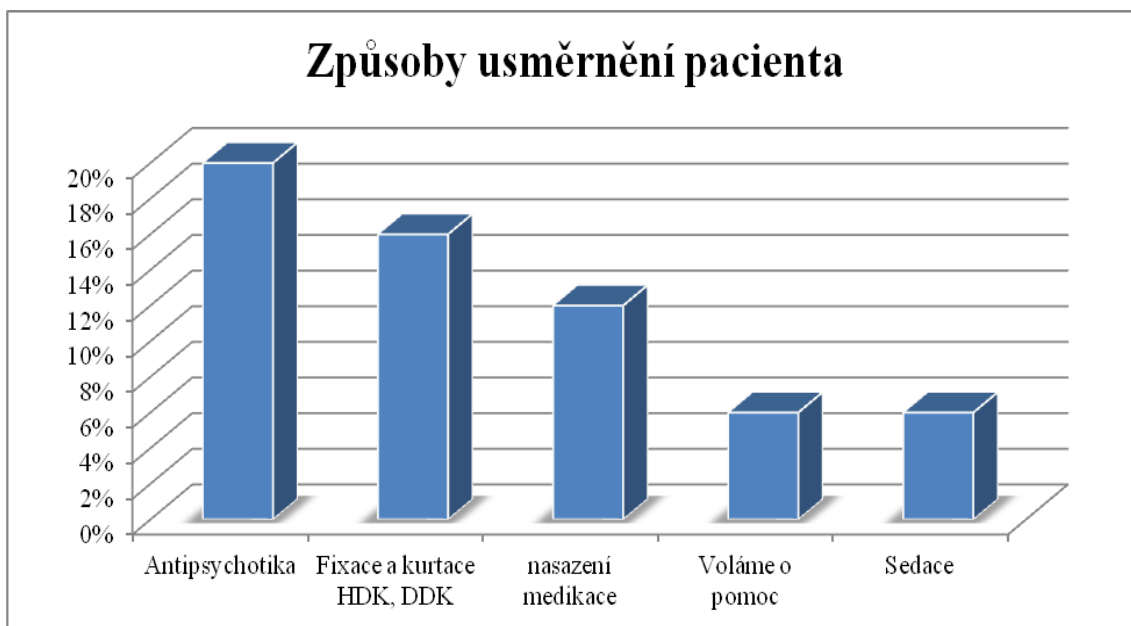
Ostatní odpovědi zahrnovaly „bilanci tekutin, prohlubování a zlepšování celkového stavu, analgosedaci, sedaci, laboratorní výsledky, reakci na ošetrovatelský personál a léčbu, účinky léků, předepsané užívání léků, prokrvení horních a dolních končetin, zornice, saturaci, epilepsii, motorický a psychický neklid, bezpečnost okolí i sebe, vyprazdňování, neklid, halucinace, riziko pádu, zvracení, sebepoškození pacienta.“

Otázka č. 12: V případě agresivity pacienta jej usměrním tak, že:

Tab. 36 Způsoby usměrnění pacienta

Možnosti	Absolutní četnost odpovědí	Relativní četnost odpovědí	%
Antipsychotika	22	0,20	20
Fixace a kurtace HDK, DDK	18	0,16	16
Nasazení medikace	13	0,12	12
Voláme o pomoc	7	0,06	6
Sedace	6	0,06	6
Ostatní	44	0,40	40
CELKEM odpovědí	110	1	100

Nejčastější odpovědi jsou znázorněny v grafu 33.



Graf 34. Způsoby usměrnění pacienta

Komentář:

Celkový počet odpovědí na tuto otázku bylo 110. Respondenti odpovídali různorodě. Nejčastěji respondenti usměrní delirujícího pacienta tak, že podají antipsychotika, a to ve 20 % odpovědí, fixaci a kurtaci horních a dolních končetin v 16 %, nasazení medikace ve 12 %. V 6 % odpovědí se objevovalo volání o pomoc i sedace.

Ve 40 % odpovědí, respondenti usměrní pacienta tak, že:

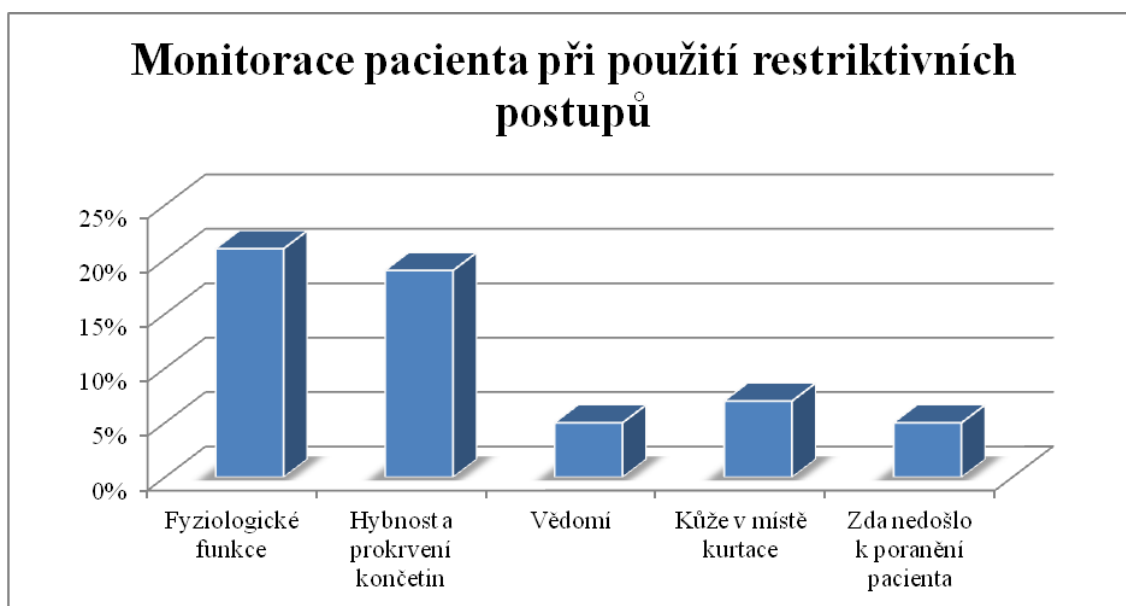
- *„Neodporujeme, zachováme klid;“*
- *„Podáváme hypnotika;“*
- *„Neoponujem, neútočím na něho, snažíme se ho zklidnit klidným hlasem, řečí;“*
- *„Izolujeme ho, je pod dohledem sestry;“*
- *„Máme klidný přístup, klidový režim dle standardů;“*
- *„Vhodná, klidná komunikace, vysvětlení;“*
- *„Nic mu nevyvracíme.“*

Otázka č. 13: Při použití restriktivních postupů u pacienta sledujeme:

Tab. 37 Monitorace pacienta při použití restriktivních postupů

Možnosti	Absolutní četnost odpovědí	Relativní četnost odpovědí	%
Fyziologické funkce	20	0,21	21
Hybnost a prokrvení končetin	18	0,19	19
Vědomí	5	0,05	5
Kůže v místě Kurtace	7	0,07	7
Zda nedošlo k poranění pacienta	5	0,05	5
Ostatní	40	0,43	43
CELKEM odpovědí	95	1	100

Nejčastější odpovědi jsou znázorněny v grafu 34



Graf 35. Monitorace pacienta při použití restriktivních postupů

Komentář:

Z celkového počtu 95 odpovědí byla nejčastější odpovědí fyziologické funkce, a to ve 21 %. U delirujícího pacienta podle 19 % odpovědí sledujeme hybnost a prokrvení končetin, podle 7 % kůži v místě kurtace, podle 5 % vědomí a zda nedošlo k poranění pacienta.

Dle respondentů u delirujícího pacienta při použití restriktivních postupů dále monitorujeme:

- „Vznik oděrek a otoků, citlivost, barvu, prokrvení a čítí;“
- „Síla kurtace, funkčnost kurtace;“
- „Zvracení;“
- „Účinky tlumivých léčiv;“
- „Celkový stav;“
- „Zornice;“
- „Bilanci tekutin;“
- „Diurézu;“
- „Tělesnou teplotu;“
- „Glasgow Coma Scale;“
- „Jestli si neublížil;“
- „Biologické potřeby;“
- „Invazivní vstupy.“

Otázka č. 14: Uvítal/a byste možnost vzdělávání v rámci problematiky ošetrovatelské péče o delirujícího pacienta?

Tab. 38 Možnost dalšího vzdělávání

Možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost	%
Ano	57	0,81	81
Ne	13	0,19	19
CELKEM	70	1	100



Graf 36. Možnost dalšího vzdělávání

Komentář:

Z grafu vyplývá, že z celkového počtu 70 respondentů by 81 % uvítalo vzdělání v rámci problematiky ošetrovatelské péče o delirujícího pacienta. Možnost ne vybralo 19 % respondentů.

Důvody, proč by uvítaly vzdělání a proč ne jsou uvedeny v následující tabulce.

Tab. 39 Důvody, proč se vzdělávat v této problematice a proč ne.

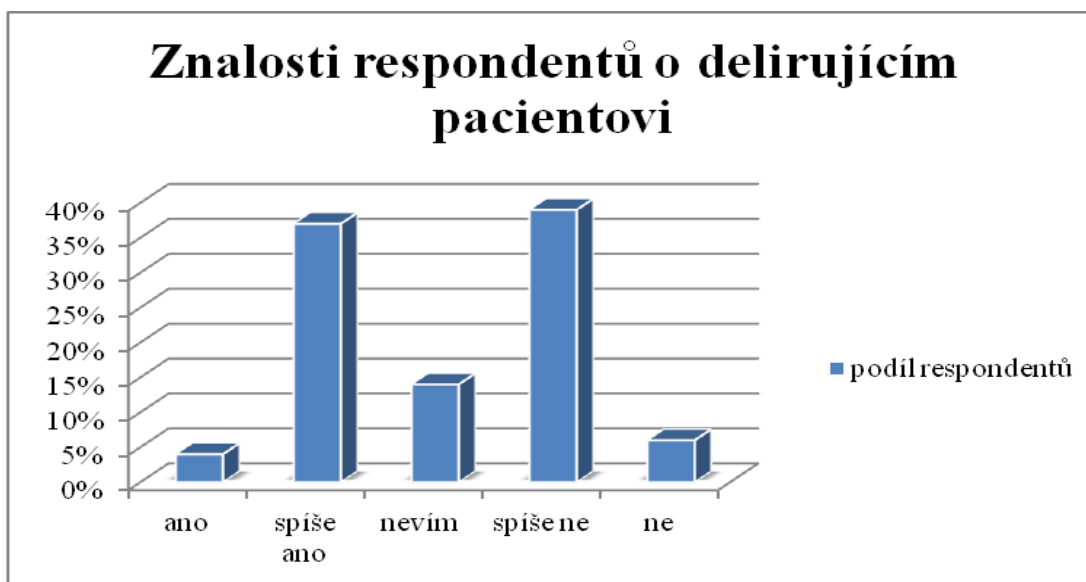
<p>Proč se vzdělávat:</p>	<ul style="list-style-type: none"> • „Informací není nikdy dost;“ • „Velmi častý kontakt s deliriem;“ • „Zlepšit se, zkvalitnění péče o pacienta;“ • „Protože sami lékaři nejsou schopni zvládnout počáteční fázi vystupňovaného stavu, nezajímá je to;“ • „Bylo by dobré vědět, jak vhodně reagovat a postupovat;“ • „Psychicky vypjatá situace jak pro pacienta, tak pro personál;“ • „Malá informovanost, každá informace je cenná;“ • „Pro správný postup při péči o pacienta, nejlépe příklady z praxe;“ • „Často se o tom nemluví;“ • „Jaká je prevence a možnost snížit výskyt delirantních stavů v nemocnicích;“ • „Ke zjištění nových metod;“ • „Možné uplatnění získaných znalostí v zaměstnání i v osobním životě;“ • „Nevím, co si mám přesně představit pod pojmem delirium;“ • „Vždy je důležité vědět, jak se k problematickému pacientovi chovat;“ • „Prevence snížení výskytu, nové metody oš. péče, psychologické postupy;“ • „Chtěla bych se dozvědět o možnostech léčby;“ • „Některé sestry neví, jak s takovými lidmi komunikovat, nedokážou předvídat vývoj stavu;“ • „Ochrana vlastního zdraví, práce s delirantním pacientem;“ • „Pokud by to skutečně prohloubilo naše vzdělání;“ • „Častý problém na většině pracovišť, neznalost péče.“
----------------------------------	--

Proč se nevzdělávat:	<ul style="list-style-type: none">• „Dostačující zkušenosti;“• „Delirující pacient je agresivní a nemá tudíž na JIP co dělat;“• „Ani ne, delirek tu bylo dost a všichni jsou naprosto stejní;“• „Nejde o téma, o které bych měla zájem;“• „Nezajímá mě to;“• „U takových pacientů není potřeba žádná speciální péče.“
---------------------------------	--

Otázka č. 15: Domníváte se, že jsou Vaše znalosti o delirujícím pacientovi dostačující?

Tab. 40 Znalosti respondentů o delirujícím pacientovi

Možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost	%
Ano	3	0,04	4
Spíše ano	26	0,37	37
Nevím	10	0,14	14
Spíše ne	27	0,39	39
Ne	4	0,06	6
CELKEM	70	1	100



Graf 37. Znalosti respondentů o delirujícím pacientovi

Komentář:

Z celkového počtu 70 respondentů 4 % tvrdí, že mají dostačující znalosti, tedy zvolilo možnost ano, spíše ano 37 %, neví 14 %, 39 % vybralo možnost spíše ne a ne 6 %.

5.4.2 Pozorování

Další metoda, která byla v průzkumné části použita, bylo přímé, krátkodobé, uzavřené a zjevné pozorování.

Cílem pozorování bylo zaznamenat chování sester k delirujícímu pacientovi, zda dodržují zásady ošetrovatelské péče a zda rozpoznají prvotní příznaky deliria. Rovněž jsme se zaměřili na možné předsudky, které sestry mohou mít.

Pozorování bylo prováděno v měsíci lednu na chirurgickém oddělení, kde pracuji, a na interním oddělení. Do ošetrovatelské péče o delirujícího pacienta jsem nijak nezasahovala. Hrozilo zde riziko, že by sestry změnily své chování k delirujícímu pacientovi. Výsledky pozorování jsem zaznamenávala do pozorovacího archu (viz příloha P III) a jejich interpretaci jsem zahrnula do diskuze.

6 DISKUZE

V diskuzi se zaměřujeme na výsledky průzkumu získané pomocí dotazníku a pozorování a na zhodnocení cílů, které jsme si vytyčili. Hlavním cílem bakalářské práce bylo zjistit přístup sester k delirujícímu pacientovi. Dále se zabýváme chováním všeobecných sester pracujících na odděleních, kde se vyskytují delirující pacienti. Z výsledků průzkumu vyplývá, že největší zastoupení sester, které se pravidelně setkávají s delirujícím pacientem, bylo na chirurgickém oddělení, a to 45 %, a na interním oddělení 40 %. 57 % respondentů se setkává s delirujícím pacientem několikrát za měsíc. 29 % respondentů pracuje ve zdravotnickém zařízení déle než 20 let, což může mít vliv i na chování k delirujícímu pacientovi, protože zde hrozí riziko syndromu vyhoření.

U **cíle č. 1** jsme měli zjistit znalosti všeobecných sester o problematice delirií. V dotazníku byly ke splnění tohoto cíle vytvořeny otázky č. 7, 8, 9, 10. Všeobecné sestry nejčastěji delirujícího pacienta definovaly jako *„zmateného, neklidného, agresivního, verbálně nezvladatelného a roztřeseného člověka, který často útočí na personál, vytrhává si intravenózní kanyly a nespolupracuje. Má halucinace, které většinou nevyvracíme, blouznění a je s ním špatná komunikace.“* Dále delirujícího pacienta označily *„za člověka s abstinenčními příznaky, alkoholika, hulvát, sprostého ožralu, a dokonce za zvíře či zvířátko, jenž může ohrožovat sebe i své okolí.“* Pouze jedna odpověď popisovala delirium jako *„životu ohrožující stav, kdy je pacient agresivní, má halucinace a může dojít k zástavě dechu a srdeční činnosti. Pacient patří na JIP.“* Jak už jsem uvedla výše, z celkového počtu 70 respondentů 50 % z nich považuje delirujícího pacienta za agresivního, 79 % za zmateného. Výskyt halucinací uvedlo 83 % respondentů.

Také z dalších výsledků průzkumu vyplývá neznalost problematiky deliria, jako například nevědomost hypoaktivního deliria. Na otázku, zda delirující pacient je zpomalený a celý den spí, odpovědělo správně jen 15 % respondentů. Anestezie, a to převážně u starších lidí, je častou příčinou vzniku deliria. Pouze 29 % respondentů uvedlo správnou odpověď. Dále 23 % respondentů uvedlo, že delirující pacient trpí inkontinencí a možnost spíše ano 47 %. Inkontinence může vzniknout, ale není tomu pravidlem. Lék Tramal je analgetikum patřící do skupiny opiátů, které ovlivňují centrální nervový systém. 63 % respondentů uvedlo, že Tramal delirium nevyvolá. Taktéž kortikoidy mohou vyvolat delirium, bohužel správně odpovědělo pouze 11 % respondentů. Delirium může

být způsobeno i dehydratací. Z grafu 22. vyplývá, že 55 % respondentů ví o možnosti vzniku deliria z dehydratace.

Při vyhodnocování otázky týkající se postranic jsme využili zákon č. 372/2011 Sb. §39, podle kterého postranice patří do omezujících prostředků. Správnou odpověď vybralo 51 % respondentů. Stejně tak jako postranice, tak i kurtace je často využívaným způsobem ke zklidnění pacienta, zvláště u hyperaktivní formy deliria a převážně pak u delirium tremens. Kurtace však delirium jen dál prohlubuje, neboť se pacienti stávají agitovanějšími. Kurtace se musí používat, jen pokud již selhaly všechny možné postupy zklidnění. Tudiž není součástí léčby. Na tuto otázku odpovědělo správně pouze 16 %. Pouze 17 % dotazovaných respondentů uvedlo, že u delirujícího pacienta není vždy nutná kurtace.

Překvapující, nebo spíše šokující, byly odpovědi na otázku, zda delirium patří mezi život ohrožující stavy. Pouze 55 % odpovědělo správně, tedy že ano.

Správnými léčebně – preventivními opatřeními můžeme zabránit vzniku deliria. Z celkového počtu 70 respondentů vybralo správnou možnost jen 17 %. K odpovědi spíše ne se přiklání 40 %. Sestry by si podle mne měly uvědomit, že správnou prevencí mohou v některých případech zabránit vzniku komplikací spojených s deliriem.

Musíme však podotknout, že respondenti v některých otázkách ve většině případů odpovídali správně. Jako například na otázku, zda se delirium rozvíjí kdykoliv během dne, vybralo správnou odpověď 74 % respondentů. Otázka týkající se halucinací, konkrétně zda halucinace nevyvracíme, byla správně zodpovězena 95 % respondentů.

Domnívám se, že znalosti sester a pochopení problematiky deliria mohou změnit chování i přístup sester k delirujícímu pacientovi.

Druhým cílem bylo zhodnotit chování všeobecných sester k delirujícímu pacientovi. K dosažení tohoto cíle byla použita metoda dotazníku, a to položka č. 12, a metoda pozorování. Z výsledků vyplývá, že agresivitu řeší respondenti kurtací, a to v 16 %, a podáním antipsychotik ve 20 %. Ke stejnému stanovisku dospěla Bc. Pavlína Lefková, studentka Lékařské fakulty Masarykovy univerzity, která ve své diplomové práci *Delirantní stavy u hospitalizovaných seniorů z pohledu sestry* mimo jiné uvádí, že „*neklidní pacienti jsou zvládáni aplikací psychofarmak se současným omezením v lůžku.*“

Pozorováním bylo zjištěno, že většina sester s delirujícím pacientem nekomunikují. Naopak, uzavírají je na samostatný pokoj, používají postranice a kurtace. Neorientují je v čase, v místě ani v prostoru. Stav vědomí nekontrolují, škály nepoužívají. Metoda CAM je málo známá, trůfám si říci, že snad i neznámá. Bc. Pavlína Lefková stejně jako já zjistila, že respondenti u delirujícího pacienta sice používají škály, ale ne škálu CAM. A to si myslím, že je škoda. Metoda CAM je jednoduchá a rychlá metoda, která nám pomůže určit, zda se jedná o delirium či nikoliv. Dále jsem zjistila, že sice sledují stav kůže v místě kurtace, ale pravidelně ruce ani nohy neuvolňují a nemasírují. Hygiena dutiny ústní je zanedbávána, stejně tak i výměna lůžka při nadměrném pocení. K podobným výsledkům z pozorování dospěla i Soňa Vaňková, studentka Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity, ve své práci na téma *Specifika práce sestry s dezorientovaným klientem* v roce 2007. Ta se při pozorování setkala jak s profesionálním přístupem sester, tak i s nevhodným přístupem, kdy sestry byly nepřiměřeně rázné, odsekávaly a byly až slovně agresivní. Zachování klidu, vhodná, klidná komunikace a přístup byli na posledním místě.

Všeobecné sestry bych podle mého pozorování rozdělila do dvou kategorií, vhodně se chovající a nevhodně se chovající k pacientovi. Bohužel, většina sester byla podrážděná, na delirujícího pacienta často křičela. Zřejmě dodržují zásadu: „*Na agresi agresi.*“ Po klidném a vyrovnaném chování tu nebyla ani známka. Často měly velmi hlasitý projev, nebo s pacientem nekomunikovaly vůbec. Zavřely ho na pokoji, nejlépe na izolaci, a přikurtovaly jej. Dokonce jedna sestra prohlásila: „*Však at' si křičí.*“ S pacientem se dohadovaly, halucinace vyvracely a stav vědomí nekontrolovaly. Základní potřeby byly uspokojovány. O hypoaktivním deliriu podle pozorování znalosti nemají, převážně znají jen „*delirium z alkoholu.*“ Snad nejhorší jednání bylo s pacientem v delirium tremens. Sestry byly vulgární, křičely a navíc jeho zdravotní stav nekontrolovaly. Zde profesionalita klesla na velmi nízkou úroveň.

V opačném případě jsem však poznala sestry, které jsou k pacientům vlídné, hodné. S pacientem komunikují klidně, a to bez ohledu na to, zda pacient křičí nebo ne. Snaží se s ním vyjít, i když to není jednoduché. V případě kurtace sledovaly pravidelně jeho celkový stav, včetně prokrvení končetin. Takových sester jsem však potkala velmi málo.

Bohužel se málo setkávám i s tím, že se delirium nějak zvláště řeší a léčí. Sestra řekne: „*Babička je zmatená jak lesní včela, mělo by se jí dát něco na zklidnění nebo ji přivážeme a je.*“ Kde je tady nějaká komunikace? Ta „zmatená včelka“ za vznik deliria ne-

může. Nemůže za to, jak se chová. Naopak, vznik deliria může způsobit i personál, který včas neodhalí prvotní příznaky deliria. Podají se antipsychotika, ve většině případů se fixují nebo kurtují končetiny a sestry se s pacientem ani nebaví. Řeknou: „*S ním není řeč, co si s ním mám vykládat.*“

Ve **třetím cíli** jsme měli posoudit možné nedostatky při poskytování ošetrovatelské péče o pacienta s deliriem. Všeobecné sestry u delirujícího pacienta kontrolují převážně fyziologické funkce, a to v 32% odpovědí z celkového počtu 113 odpovědí, hydrataci v 9 %, celkový stav a Glasgow Coma Scale v 6% a stav kůže v 4%. Jen 3 respondentky sledují psychický stav. Při použití restriktivních postupů sledují nejčastěji fyziologické funkce, a to ve 21 % z celkového počtu 95 odpovědí. Dále kontrolují celkový stav, hybnost a prokrvení dolních a horních končetin, kůži v místě kurtace a možný vznik oděrek a otoků, sílu kurtace, zvracení, zornice, bilanci tekutin, Glasgow Coma Scale, invazivní vstupy, biologické potřeby a zda nedošlo k poranění pacienta. Také na základě mého pozorování mohu konstatovat, že delirující pacient neměl zvýšenou ošetrovatelskou péči, na kterou má „nárok“. Byl často izolován a minimálně kontrolován. Sestry často nerozpoznaly prvotní příznaky deliria, myslely si jen, že jsou zmatení, protože jsou staří, tudíž neinformovaly včas lékaře o změně stavu.

Jako **čtvrtý cíl** jsme si stanovili zjistit možné předsudky všeobecných sester k delirujícímu pacientovi. Předsudky ovlivňují chování sester k pacientovi, neboť aniž by pacienta viděli, vytvoří si často zkreslený obrázek a chovají se neprofesionálně. Jsou znechucené, pacientovi dávají najevo, že je jim na obtíž.

Ještě před zahájením průzkumu jsem se domnívala, že sestry za delirujícího pacienta považují převážně jen alkoholiky. Tato domněnka se mi potvrdila, neboť až 23 % respondentů si myslí, že delirující pacient je vždy alkoholik, a 43 % uvedlo, že je ve většině případů alkoholikem. Také v odpovědích na otázku dotazující se na onemocnění či stav vedoucí ke vzniku deliria se objevuje alkohol, a to ve 30% odpovědí, a návykové látky ve 13%. Nedovedu si vysvětlit, proč je v celé společnosti zakotven tento předsudek, proč, když se řekne „delírko“, si každý pod tímto pojmem představí člověka závislého na alkoholu či na jiné návykové látce. Snad je to dáno neznalostí této diagnózy jak ve zdravotnických profesích, tak v samotné veřejnosti. Změnu pohledu na delirujícího pacienta vidím jen v důkladné osvětě.

Další předsudek tkví v možné agresivitě pacientů. Až 90 % respondentů uvedlo, že delirující pacient útočí na personál. Není tomu však vždy. Vhodnou komunikací lze podle mne docílit zklidnění pacienta a vyvrátit tak hrozbu možného útoku. Sestry by měly mít taktéž na paměti rčení: „*Mluviti stříbro, mlčeti zlato.*“ Neboť nezklidňuje-li se pacient, je lepší se zdržet jakýchkoliv komentářů, neměli bychom se nechat vyprovokovat k hrubému a vulgárnímu chování, které by mohlo být následně použitelné proti nám. Delirující pacient častokrát nespolupracuje, ale nemusí to být pravidlem, zejména u hypoaktivního deliria. Ze 70 respondentů 54 % zaznamenalo možnost ano, tedy že delirující pacient nespolupracuje, 29 % vybralo možnost spíše ano. Otázkou však je, do jaké míry sestry delirujícího pacienta ke spolupráci motivují. Domnívám se, že je pro ně pohodlnější pacienta ignorovat než ho vést ke spolupráci.

V posledních dvou otázkách dotazníku jsem se zaměřila na možnost dalšího vzdělávání, a na to, zda respondenti považují své znalosti za dostačující. Z celkového počtu 70 respondentů 4 % tvrdí, že mají dostačující znalosti, spíše ano 37 %, 14 % respondentů má pochybnosti. 45 % respondentů přiznává nedostatečné znalosti. Možnost dalšího vzdělávání by uvítalo až 81 % respondentů. Důvodem, proč se vzdělávat, bylo především nedostatek informací a velmi častý kontakt s deliriem. Sestry by podle průzkumu byly rády, kdyby věděly, jak vhodně reagovat a pracovat s delirujícím pacientem. Byla jsem mile překvapena, když mi při vrácení dotazníků některé sestry děkovaly za to, že se přinutily sednout si k internetu a najít si podrobnosti o deliriu.

Jako důvody, proč se nevzdělávat, uvedly dostačující zkušenosti a nezájem o dané téma. Zarazily mne čtyři věty, které se v dotazníku objevily, a to: „*Delirující pacient je agresivní a nemá tudíž na JIP co dělat. Ani ne, delírek tu bylo dost a všichni jsou naprosto stejní. Nezajímá mě to. U takových pacientů není potřeba žádná speciální péče.*“ Troufám si říci, že tyto sestry by neměly vykonávat tuto profesi.

ZÁVĚR

Bakalářská práce na téma „*Delirující pacient v nemocničním prostředí z pohledu všeobecných sester*“ mne velmi zaujala, a to převážně z toho důvodu, že se často s delirujícím pacientem setkávám. Delirující pacient je pro mnohé sestry velkou přítěží, jak fyzickou, tak psychickou. Zajímalo mne, zdali sestry vždy rozpoznají delirium a zdali existují předsudky, které by popřípadě ovlivnily péči o delirujícího pacienta.

Práce je rozdělena na část teoretickou a praktickou. Teoretická část je zaměřena především na objasnění pojmu deliria, příčiny vzniku, patogenezi, klinický obraz, diagnostiku a léčbu deliria. Dále je zaměřená na specifika ošetrovatelské péče, na přístup a chování všeobecných sester k delirujícímu pacientovi. Pozornost věnujeme jak komunikaci, tak možným předsudkům. V praktické části se zabýváme stanovením cílů, metodikou průzkumu, analýzou a zpracováním dat získaných dotazníkem a pozorováním.

Všechny cíle, které jsme si stanovily, byly splněny. Byly zjištěny nedostatečné znalosti o deliriu, nedostatky v ošetrovatelské péči o delirujícího pacienta a bohužel i předsudky všeobecných sester k delirujícímu pacientovi. Sestry k tomuto pacientovi velmi často automaticky přiřazují alkohol a návykové látky, aniž by věděli, že delirium může vzniknout u kohokoliv. Z výsledků průzkumu vyplývá například neznalost hypoaktivního deliria, projevující se zpomaleností a tím, že pacient celý den spí. Sestry taktéž nezařazují delirium do poruch kognitivní funkce. Ve většině případů neznají nežádoucí účinky kortikoidů, léku Tramal, či jiných léků opioidního typu, které svými účinky mohou delirium vyvolat. V ošetrovatelské péči kontrolují fyziologické funkce, nicméně opomíjí kontrolu stavu vědomí, pacienta neorientují v místě, v čase či v prostoru. První volbou při usměrňování neklidného pacienta je podání antipsychotik a kurtace, při které sice kontrolují prokrvení a cití končetin, ale pravidelně končetiny z kurtů neuvolňují a nemasírují. Za tristní považují to, že podle průzkumu všeobecné sestry v mnoha případech nepovažují delirium za život ohrožující stav.

Při pozorování jsme u některých sester zaznamenali neprofesionální přístup, jenž byl založen na aroganci, nevšímavosti, nevhodném způsobu komunikace až vulgárnosti. Některé z nich dokonce pacienta izolovaly přesunutím na samostatný pokoj.

Delirujícího pacienta sestry často charakterizují jako alkoholika, sprostého „ožralu“, zvíře a „hulváta“, který se neovládá a nespolupracuje. Dále je to podle nich pacient, který je agresivní, vulgární, zmatený a často útočí na personál. A na základě této cha-

rakteristiky pak zaujímají vůči delirujícímu pacientovi velmi negativní stanovisko, které se promítá i v jejich chování.

Součástí bakalářské práce je edukační materiál s názvem: „*Mýty a fakta o deliriu.*“, (viz příloha P V), který by měl dopomoci k vyvrácení mylných stanovisek, zkrleslých obrazů o delirujících pacientech. Obsahuje deset mýtů, které se o deliriu tradují, např. že delirující pacient je vždy alkoholik nebo člověk závislý na určité návykové látce, že je vždy agresivní a nebezpečný svému okolí, že není schopný spolupráce atd. Následuje popis delirujícího pacienta, krátký návod, jak delirium rozpoznat. Do edukačního materiálu jsme taktéž zahrnuli i pojmy související s deliriem, jako delir zaměstnanosti, pre-delirantní syndrom a sundown syndrom. Na závěr uvádíme desatero pro „správné“ sestry, jež obsahuje rady, jak s delirujícím pacientem pracovat, jak se k němu chovat a jak s ním komunikovat. Mým záměrem je, aby se tento edukační materiál dostal do rukou co možná nejvíce sester, a proto bude v rámci finančních možností nakopírován a rozdělen na příslušná oddělení. Ráda bych také do budoucna uspořádala workshop zabývající se problematikou delirií, neboť jsem při průzkumu zaznamenala zájem o toto téma.

Na závěr bych chtěla podotknout, že nedostatek sester na oddělení, přesčas, náročnost ošetrovatelské péče a počínající syndrom vyhoření často přispívají k nevhodnému přístupu ke kterémukoliv pacientovi. Podle mne je důležité, aby se všeobecné sestry neustále vzdělávaly a získávaly tak nové pohledy, postupy v ošetrovatelské péči o pacienta. Ne jinak tomu je i v případě deliria. Myslím si, že je potřeba se této problematice věnovat, neboť delirujících pacientů se bude podle mne vlivem demografického stárnutí populace a zvyšující se konzumaci alkoholu a návykových látek zvyšovat.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY**MONOGRAFIE**

- [1] AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, ©2006. *Guidelines for the treatment of psychiatric disorders: Compendium 2006*. Arlington, Va.: American Psychiatric Association, ISBN 978-0-89042-385-1.
- [2] BALL, Christopher M. a Robert S. PHILLIPS, 2004. *Akutní medicína do kapsy: na základě medicíny založené na důkazech*. Praha: Grada. ISBN 80-247-0928-7.
- [3] ČERŇANOVÁ, Andrea, 2011. *Ošetrovanie chorých s psychiatrickými problémami na somatických oddeleniach*. Martin: Osveta. ISBN 978-80-8063-354-7.
- [4] GOLDMANN, Radoslav a Martina CICHÁ, 2004. *Etika zdravotní a sociální práce*. Olomouc: Univerzita Palackého. Skripta. ISBN 80-244-0907-0.
- [5] JIRÁK, Roman a kol., 2009. *Demence a jiné poruchy paměti: komunikace a každodenní péče*. Praha: Grada. Sestra. ISBN 978-80-247-2454-6.
- [6] KRAUS, Jiří a kol., 2006. *Nový akademický slovník cizích slov*. Praha: Academia. ISBN 80-200-1415-2.
- [7] KŘIVOHLAVÝ, Jaro, 1993. *Povídej - naslouchám*. Praha: Návrat. ISBN 80-85495-18-X.
- [8] KUTNOHORSKÁ, Jana, 2009. *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2713-4.
- [9] LINHARTOVÁ, Věra, 2007. *Praktická komunikace v medicíně: pro mediky, lékaře a ošetrující personál*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1784-5.
- [10] LUŽNÝ, Jan, 2012. *Gerontopsychiatrie*. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-573-2.

- [11] MARKOVÁ, Eva, Martina VENGLÁŘOVÁ a Mira BABIAKOVÁ, 2006. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1151-6.
- [12] *Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: MKN-10 : desátá revize : aktualizovaná druhá verze k 1. 1. 2009*. 2. aktualiz. vyd. Praha: Bomton Agency, 2008, s. 188-189. ISBN 978-80-904259-0-31.
- [13] PRŮCHA, Jan, Eliška WALTEROVÁ a Jiří MAREŠ, 2003. *Pedagogický slovník*. Vyd. 4. Praha: Portál. ISBN 80-7178-772-8.
- [14] PRŮCHA, Jan, 2011. *Multikulturní výchova*. Praha: Triton. ISBN 978-80-7287-502-2.
- [15] RABOCH, Jiří, Pavel PAVLOVSKÝ a Dana JANOTOVÁ, 2006. *Psychiatrie: minimum pro praxi*. Vyd. 4., rozšířené. Praha: Triton. ISBN 80-7254-746-1.
- [16] SEIFERTOVÁ, Dagmar, Ján PRAŠKO a Cyril HÖSCHL, 2004. *Postupy v léčbě psychických poruch: výstup projektu Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy LN00B I 22 Centrum neuropsychiatrických studií*. Praha: Academia Medica Pragensis. ISBN 80-86694-06-2.
- [17] SMOLÍK, Petr, 2002. *Duševní a behaviorální poruchy: průvodce klasifikací, nástin nozologie, diagnostika*. 2., rev. vyd. Praha: MAXDORF. ISBN 80-85912-18-X.
- [18] SCHULER, Matthias a Peter OSTER, 2010. *Geriatric od A do Z pro sestry*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3013-4.
- [19] ŠIŠKOVÁ, Tatjana, 1998. *Výchova k toleranci a proti rasismu*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-285-8.
- [20] URBAN, Lukáš, 2011. *Sociologie trochu jinak*. 2., rozš. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3562-7.

- [21] VENGLÁŘOVÁ, Martina a Gabriela MAHROVÁ, 2006. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1262-8.
- [22] ZACHAROVÁ, Eva a Jitka ŠIMÍČKOVÁ – ČÍŽKOVÁ, 2011. *Základy psychologie pro zdravotnické obory*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4062-1.

INTERNETOVÉ ZDROJE:

- [23] BEDNAŘÍK, Jan a kol. *CAM-ICU: Czech version* [cit. 2012-12-21]. Dostupné z URL: http://www.icudelirium.org/docs/CAM_ICU_training_Czech.pdf.
- [24] BERKOVÁ, Marie a Zdeněk BERKA, 2006. Delirium a arytmie. *Interní medicína pro praxi* [online]. Č. 10, s. 439-442 [cit. 2013-01-28]. ISSN-1803-5256. Dostupné z: <http://www.internimedica.cz/pdfs/int/2006/10/05.pdf>.
- [25] ČESKO, 2011. Zákon č. 372 ze dne 6. 11. 2011 o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách). In: *Sbírka zákonů České republiky* [online]. Částka 131, s. 4730-4801 [cit. 2013-04-10]. ISSN 1211-1244. Dostupný z: <http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/>
- [26] FRANKOVÁ, Vanda, 2007. Delirium ve vyšším věku. *Psychiatrie pro praxi* [online]. Olomouc: Solen. Roč. 8, č. 2, s. 56-59 [cit. 2013-04-10]. ISSN 1803-5272 Dostupné z: <http://www.solen.cz/artkey/psy-200702-0002.php>
- [27] JIRÁK, Roman, 2008. Jak určit a léčit příčinu dezorientace pacienta v somatických odděleních nemocnice? *Psychiatrie pro praxi* [online]. Roč. 9, č. 5., s. 228-229 [cit.2013-01-28]. ISSN-1803-5272. Dostupné z: <http://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2008/05/07.pdf>
- [28] KLIMEŠ, Jeroným. *Draw a clock* [cit. 2013-03-16]. Dostupné z URL: http://klimes.mysteria.cz/clanky/psychologie/screening_tests.htm
- [29] MEZINÁRODNÍ RADA SESTER. *Etický kodex sester*. [online]. ČAS, 2003 [cit. 2013-01-23]. Dostupné z: http://www.cnaa.cz/docs/tiskoviny/eticky_kodex_icn.pdf

- [30] PEČEŇÁK, Ján, 2011. Liečba deliria. *Neurológia pre prax* [online]. Bratislava: Solen. Roč. 12, č. 5, s. 305-310 [cit. 2013-04-10]. ISSN 1335-9592. Dostupné z: <http://www.neurologiepropraxi.cz/pdfs/neu/2011/05/04.pdf>
- [31] RESSNER, Pavel, Jiří KONRÁD a Petra BÁRTOVÁ, 2011. Delirium u geriatrických nemocných. *Neurologie pro praxi* [online] Olomouc: Solen. Roč. 12, č. 5, s. 311- 316. [cit. 2013-01-20]. ISSN - 1803-5280. Dostupné z: <http://solen.cz/pdfs/neu/2011/05/05.pdf>
- [32] ŠVARC, Jiří, 2012. Vliv nových zákonů účinných od roku 2012 na forenzní psychiatrickou praxi. *Psychiatrie pro praxi*. [online]. Olomouc: Solen. Roč. 13, č. 4, s. 182-184, [cit. 2013-02-10]. ISSN-1803-5272. Dostupné z: <http://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2012/04/09.pdf>
- [33] TOPINKOVÁ, Eva, 2004. Delirantní stavy u starých osob a jejich zvládání. In: *Postgraduální medicína* [online]. Praha: Mladá fronta. [cit. 2013-02-01]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina/delirantni-stavy-u-starych-osob-a-jejich-zvladani-161365>
- [34] UHROVÁ, Tereza a Jiří KLEMPÍŘ, 2011. Delirium: obecný úvod do problematiky. *Neurologie pro praxi* [online]. Olomouc: Solen. Roč. 12, č. 5, s. 304-306 [cit. 2013-01-20]. ISSN 1803-5280. Dostupné z: <http://www.neurologiepropraxi.cz/pdfs/neu/2011/05/03.pdf>

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

aj	a jiné
apod.	a podobně
a.s	akciová společnost
atd.	a tak dále
Bc.	Bakalář
CAM	Confusion Assessment Method
CNS	Centrální nervový systém
CT	Computer Tomograph
č.	číslo
ČR	Česká republika
D	dech
DSM-IV	Diagnostický a statistický manuál duševních poruch
EEG	Elektroencefalografie
EKG	Elektrokardiogram
HIV	Human immunodeficiency virus
ICN	International Council of Nurses
JIP	Jednotka intenzivní péče
kol.	kolektiv
mg	miligram
Mgr.	Magistr
ml	mililitr
MKN	Mezinárodní klasifikace nemocí
MMSE	Mini Mental State Examination
MZ	Ministerstvo zdravotnictví

např.	například
P	pulz
popř.	popřípadě
RTG	rentgen
Sb.	sbírka
tj.	to jest
TK	tlak krve
tzn.	to znamená
tzv.	takzvaný

SEZNAM TABULEK

Tab. 1. Typické příznaky deliria	19
Tab. 2. Diferenciální diagnostika mezi deliriem a demencí	22
Tab. 3. Pohlaví respondentů	37
Tab. 4. Věk respondentů	38
Tab. 5. Nejvyšší dosažené vzdělání	39
Tab. 6. Typ oddělení	40
Tab. 7. Délka praxe ve zdravotnickém zařízení.....	41
Tab. 8. Setkání s delirujícím pacientem.....	42
Tab. 9. Definice delirujícího pacienta.....	43
Tab. 10. Agresivita pacienta	45
Tab. 11. Zmatenost delirujícího pacienta.....	46
Tab. 12. Alkohol jako příčina deliria	47
Tab. 13. Útočení delirujícího pacienta na personál	48
Tab. 14. Vytrhávání intravenózní kanyly delirujícím pacientem	49
Tab. 15. Delirium u starších pacientů po anestezii	50
Tab. 16. Inkontinence u delirujícího pacienta.....	51
Tab. 17. Zpomalenost a zvýšená spavost u delirujícího pacienta	52
Tab. 18. Delirogení potenciál u kortikoidů.....	53
Tab. 19. Vznik epilepsie u delirujících pacientů	54
Tab. 20. Delirium jako život ohrožující stav	55
Tab. 21. Kurtace u delirujícího pacienta.....	56
Tab. 22. Halucinace u delirujícího pacienta	57
Tab. 23. Rozvoj deliria v noci.....	58
Tab. 24. Vliv dehydratace na rozvoj deliria.....	59
Tab. 25. Neschopnost delirujícího pacienta spolupracovat	60

Tab. 26. Vyvracení halucinací u delirujícího pacienta	61
Tab. 27. Přejchod deliria do demence.....	62
Tab. 28. Fixace neboli kurtace jako nedílná součást léčby.....	63
Tab. 29. Delirium jako porucha kognitivních funkcí.....	64
Tab. 30. Delirogenní potenciál léku Tramal	65
Tab. 31. Postranice jako omezující prostředek	66
Tab. 32. Nemožnost zabránění vzniku deliria	67
Tab. 33. Onemocnění či stavy vedoucí ke vzniku delirií.....	68
Tab. 34. Prvotní příznaky deliria	70
Tab. 35. Monitorace delirujícího pacienta	72
Tab. 36. Způsoby usměrnění pacienta	74
Tab. 37. Monitorace pacienta při použití restriktivních postupů	76
Tab. 38. Možnost dalšího vzdělávání	78
Tab. 39. Důvody, proč se vzdělávat v této problematice a proč ne	79
Tab. 40. Znalosti respondentů o delirujícím pacientovi	81

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1. Pohlaví respondentů	37
Graf 2. Věk respondentů	38
Graf 3. Nejvyšší dosažené vzdělání	39
Graf 4. Typ oddělení	40
Graf 5. Délka praxe ve zdravotnickém zařízení	41
Graf 6. Setkání s delirujícím pacientem.....	42
Graf 7. Definice delirujícího pacienta.....	43
Graf 8. Agresivita pacienta	45
Graf 9. Zmatenost delirujícího pacienta	46
Graf 10. Alkohol jako příčina deliria.....	47
Graf 11. Útočení delirujícího pacienta na personál	48
Graf 12. Vytrhávání intravenózní kanyly delirujícím pacientem	49
Graf 13. Delirium u starších pacientů po anestezii	50
Graf 14. Inkontinence u delirujícího pacienta	51
Graf 15. Zpomalenost a zvýšená spavost u delirujícího pacienta.....	52
Graf 16. Delirogenní potenciál u kortikoidů.....	53
Graf 17. Vznik epilepsie u delirujících pacientů	54
Graf 18. Delirium jako život ohrožující stav	55
Graf 19. Kurtace u delirujícího pacienta.....	56
Graf 20. Halucinace u delirujícího pacienta	57
Graf 21. Rozvoj deliria v noci	58
Graf 22. Vliv dehydratace na rozvoj deliria	59
Graf 23. Neschopnost delirujícího pacienta spolupracovat	60
Graf 24. Vyvracení halucinací u delirujícího pacienta	61
Graf 25. Přejít deliria do demence.....	62

Graf 26. Fixace neboli kurtace jako nedílná součást léčby.....	63
Graf 27. Delirium jako porucha kognitivních funkcí	64
Graf 28. Delirogenní potenciál léku Tramal	65
Graf 29. Postranice jako omezující prostředek	66
Graf 30. Nemožnost zabránění vzniku deliria	67
Graf 31. Onemocnění či stavy vedoucí ke vzniku delirií	68
Graf 32. Prvotní příznaky deliria	70
Graf 33. Monitorace delirujícího pacienta	72
Graf 34. Způsoby usměrnění pacienta	74
Graf 35. Monitorace pacienta při použití restriktivních postupů.....	76
Graf 36. Možnost dalšího vzdělávání	78
Graf 37. Znalosti respondentů o delirujícím pacientovi	81

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha P I Škála CAM- ICU

Příloha P II 10 - point clock test (deseti bodový hodinový test)

Příloha P III Dotazník

Příloha P IV Pozorovací arch

Příloha P V Edukační materiál s názvem: „Mýty a fakta o deliriu“

PŘÍLOHA P I CAM-ICU

CAM – ICU Czech Version

Translation Description: In 2005-2006 Dr. Hynek Sechovský performed the forward (English to Czech) translation and the Mgr. Smazalova from Language department of the 2nd medical faculty of the Charles University Prague performed the backward (Czech to English) translation. The back translation was also reviewed and refined by a member of the Vanderbilt Delirium Study Group. In 2009, the 2006 translation was updated to a more contemporary one by the following team: prof. Josef Bednarik MD PhD, dr.Milena Košťálová PhD., and Hynek Sechovský, MD. Translation complete: July 2009.

Test CAM-ICU - - metoda hodnocení deliria v intenzivní péči

Propojení monitorace sedace a deliria: dvoustupňový přístup k hodnocení vědomí

1. krok: hodnocení sedace a vigily (bdělosti) pomocí škály RASS - The Richmond Agitation and Sedation Scale*

skóre	hodnocení	popis	
+4	Bojovný/á	Zjevně bojovný, násilný, ohrožuje bezprostředně personál	
+3	Velmi agitovaný/á	Tahá nebo odstraňuje hadice nebo katétry, agresivní	
+2	Agitovaný/á	Četné neúčelné pohyby, neshoda s ventilátorem	
+1	Neklidný/á	Úzkostný, ale pohyby nejsou prudké nebo agresivní	
0	Bdělý/á a klidný/á		
-1	Ospalý/á	Není plně bdělý/á, ale po <i>oslovení</i> udrží bdělost (otevření očí, oční kontakt) 10 a více vteřin	} slovní podnět
-2	Lehká sedace	Po <i>oslovení</i> se krátce probudí, ale oční kontakt udrží méně než 10 vteřin	
-3	Střední sedace	Po <i>oslovení</i> otevře oči či reaguje pohybem, ale nenaváže oční kontakt	
-4	Hluboká sedace	Nereaguje na hlas, ale na <i>fyzický podnět</i> otevře oči či zareaguje pohybem	} fyzický podnět
-5	Neprobuditelný	Bez reakce na oslovení či fyzický podnět	

Pokud je RASS -4 nebo -5, je nutné vyšetření **ukončit, a opakovat později.**

Pokud je RASS vyšší než -4 (-3 až +4) **pokračujeme 2. krokem.**

*Sessler, et al. AJRCCM 2002; 166:1338-1334.

*Ely, et al. JAMA 2003; 289: 2983 – 2991.

2. krok : určení deliria

1. znak: Rychlý nástup změny vědomí, nebo jeho kolísavý průběh

A zároveň

2. znak: Porucha pozornosti

A zároveň



3. znak: Porucha myšlení

NEBO

4. znak: Porucha vigily
(RASS jiné než 0)

= DELIRIUM

Vyšetření pozornosti – 2.znaku
Sluchové a obrazové
(Attention Screening Examination – ASE)

2A. sluchová verze ASE (písmena)

Návod: Řekněte pacientovi/pacientce: „ *Budu vám říkat písmena. Kdykoli uslyšíte písmeno „A“, zmáčkněte mi krátce ruku.* “ Čtete následujících 10 písmen normálním tónem, (dostatečně hlasitě aby vám bylo rozumět přes běžný hluk oddělení), rychlostí jedno písmeno za vteřinu.

S A V E A H A A R T

Hodnocení: Za každé zmáčknutí ruky na písmeno „A“ a nezmáčknutí na ostatní písmena přičteme jeden bod. V dalších vyšetřeních je možné používat jiné pořadí a skupiny 10 písmen, které obsahují 4-5 A, jednou opakované tj A,A.

2B. Zraková verze ASE (obrázky)

K textu náleží skupiny obrázků A a B (Visual ASE, Packet A a B), přiložené v originální anglické verzi CAM-ICU.

1. krok: 5 obrázků

Návod: Řekněte pacientovi: „ Pane / paní _____, budu vám ukazovat obrázky běžných věcí. Pozorně je sledujte, prosím, a zapamatujte si je, protože se vás později zeptám, které jste viděl/a a které ne.“

Potom ukažte pomalu sadu 5 obrázků 1.kroku (Step 1) skupiny A nebo B (Packet A nebo B), (každý po dobu 3 sekund). Pokud pacienta vyšetřujete denně, skupiny střídejte.

2. krok: 10 obrázků

Návod: Řekněte pacientovi: „Teď vám ukáži další obrázky. Některé z nich jste už viděl/a, některé jsou nové. Dejte mi vědět, jestli jste obrázek viděl/a nebo ne kývnutím (předvést), nebo zavrtěním (předvést) hlavy.“

Potom ukažte 10 obrázků (5 nových a 5 již ukázaných), každý 3 vteřiny (obrázky 2.kroku, Step 2) skupiny A nebo B (Packet A nebo B), stejné, jako byla použita v prvním kroku).

Hodnocení: každá správná odpověď 1 bod, maximum 10 bodů.

Obrázky jsou vytištěny na světle hnědém papíru zhruba 15x25cm, zalaminované s matným povrchem. K dispozici jsou dvě sady obrázků, které se střídají při opakovaném sledování.

Pokud pacient/ka nosí brýle, ujistěte se před prováděním testu o jejich správném nasazení.

Reference:

Ely, E.W., Inouye, S., Bernard G., Gordon, S., Francis, J., May, L., Truman, B., Speroff, T., Gautam, S., Margolin, R., Dittus, R. Delirium in mechanically ventilated patients: validity and reliability of the confusion assessment method for the intensive care unit (CAM-ICU). JAMA; 286, 2703-2710, 2001.

Ely, E.W., Margolin, R., Francis, J., May, L., Truman, B., Dittus, B., Speroff, T., Gautam, S., Bernard, G., Inouye, S. Evaluation of delirium in critically ill patients: Validation of the Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit (CAM-ICU). Critical Care Medicine. 29:1370-1379, 2001.

verze ze dne 04-22-05

Poznámky:

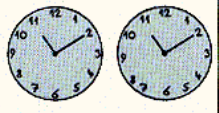
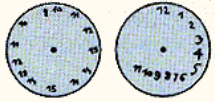
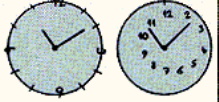
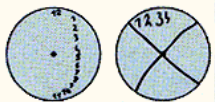
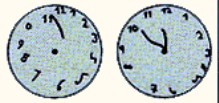
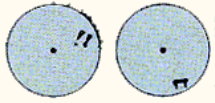
- 1) Při provádění testu není nutné používat návod zcela doslova. Podstatné je zachovat jeho význam.
- 2) Při provádění testu je nutné ujistit se, že pokud pacient používá brýle a/nebo naslouchátka jsou použity adekvátně.
- 3) Termínem "vědomí" je v tomto textu myšlen souhrnný stav vědomí, chování a psychického stavu. Změny vědomí se mohou projevit jak změnou stupně, vigily, tak i obsahu vědomí. Změny vědomí zjišťujeme pomocí srovnání se základním stavem vědomí.
- 4) Základní stav vědomí je souhrnný výchozí stav vědomí, chování a psychického stavu před začátkem akutních změn tohoto stavu (např. u hospitalizovaných pacientů při příjmu). Jak určit základní stav vědomí? Pokud jde o pacienta mladšího 65 let bez anamnézy neurokognitivního onemocnění či CMP a chybí údaje, předpokládáme, že základní stav odpovídá GCS 15 a RASS 0. Základní stav vědomí se může měnit pod vlivem dalších onemocnění, např. CMP. Základní stav vědomí je vhodné vést v dokumentaci pacienta pro možnost srovnání. Při nejasnostech, zdali se jedná o kolísání stavu vědomí nebo o změnu základního stavu vědomí danou jiným onemocněním, je nejjednodušší považovat znak I za pozitivní.

Překlad:
jbednar@fnbrno.cz

Převzato z: BEDNAŘÍK, Jan a kol. *CAM-ICU: Czech version* [cit. 2012-12-21]. Dostupné z
URL: http://www.icudelirium.org/docs/CAM_ICU_training_Czech.pdf.

PŘÍLOHA P II 10 - POINT CLOCK TEST (DESETI BODOVÝ HODINOVÝ TEST)

Převzato od Mgr. Jeroným Klimeš, Ph.D.

<h2>Test kreslení hodin</h2>		Jméno pacienta:	
		Datum vyšetření:	
<p>Pokyny pro provedení:</p> <p>1. Dejte pacientovi čistý list papíru s předkresleným kruhem. Ukažte mu, kde je horní a spodní část. Pak dejte pacientovi pokyn: „ Toto mají být hodiny. Doplňte, prosím, všechna chybějící čísla a zaznamenejte čas 10 hodin a 10 minut.“</p> <p>2. Poznamenejte si provádění (pořadí, opravy, trvání). Zhodnoťte výsledek podle níže uvedeného návodu a zaznamenejte ho spolu se jménem pacienta a datem a provedení na kresbu.</p> <p>3. Validizovaná hranice mezi normální a patologickou kresbou ve smyslu přítomnosti kognitivní poruchy/demence leží mezi 2 a 3 body. To znamená, že skóre 3 a více bodů je již patologické.</p>			
<p>1. Bezchybné provedení</p> <ul style="list-style-type: none"> ▲ číslice 1-12 ve správném pořadí i místě ▲ dvě ručičky ve správné poloze 		<p>4. Střední stupeň prostorové dezorganizace, takže zaznamenání času není možné</p> <ul style="list-style-type: none"> ▲ nepravidelné mezery ▲ zapomenutí číslic ▲ perseverace: opakování kruhu, číslice na jednu stranu od 12 ▲ záměna pravý-levý (číslíce proti směru) ▲ dysgrafie - chybějící čitelné číslice 	
<p>2. Lehká prostorová chyba ciferníku hodin</p> <ul style="list-style-type: none"> ▲ vzdálenost mezi číslicemi nerovnoměrné ▲ číslice mimo kruh ▲ otočení papíru s otočením číslic ▲ použití pomocných čar pro lepší orientaci 		<p>5. Těžká prostorová dezorganizace</p> <ul style="list-style-type: none"> ▲ jako u skóre 4, ale silněji vyjádřeno 	
<p>3. Chybné zaznamenání času, zachované prostorové uspořádání hodin</p> <ul style="list-style-type: none"> ▲ pouze jedna ručička ▲ čas zaznaměnan slovně „10 hodin 10 minut“ ▲ čas vůbec nezaznaměnan 		<p>6. Chybí zakreslení hodin (CAVE: vylučte depresi/delirium)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▲ žádný pokus zakreslit hodiny ▲ ani vzdálená podobnost s hodinami ▲ napsáno slovo nebo jméno 	

Převzato z: KLIMEŠ, Jeroným. *Draw a clock* [cit. 2013-03-16]. Dostupné z URL: http://klimes.mysteria.cz/clanky/psychologie/screening_tests.htm.

PŘÍLOHA P III DOTAZNÍK

DOTAZNÍK

Dobrý den,

jmenuji se Alžběta Kadlčková, jsem studentkou 3. ročníku bakalářského studia oboru Všeobecná sestra na Fakultě humanitních studií Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně.

Chtěla bych Vás tímto požádat o vyplnění dotazníku, který poslouží k vypracování mé bakalářské práce na téma „*Delirující pacient v nemocničním prostředí z pohledu všeobecných sester*“.

Dotazník je anonymní. Veškeré informace budou použity pouze pro účely mé bakalářské práce. V dotazníku naleznete otázky, u kterých zaškrtnete Vámi vybranou odpověď. Na otázky otevřené můžete odpovědět vlastními slovy.

Děkuji Vám za ochotu a čas strávený při vyplňování tohoto dotazníku.

Alžběta Kadlčková

1. Jaké je Vaše pohlaví?

- Žena
- Muž

2. Kolik je Vám let?

- 19 - 29
- 30 - 39
- 40 - 50
- 51 a více

3. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- Střední ukončené maturitní zkouškou
- Vyšší odborné
- Vysokoškolské Bc.
- Vysokoškolské Mgr.

4. Kde pracujete?

- Interní oddělení
- Chirurgické oddělení
- Oddělení ortopedie
- Oddělení neurologie

5. Jaká je délka Vaší praxe ve zdravotnickém zařízení?

- Do 5 let
- 6-10 let
- 11-19 let
- Nad 20 let

6. Jak často se setkáváte s delirujícím pacientem?

- Více než 1x za týden
- 1x za týden
- Několikrát za měsíc
- S delirujícím pacientem se nesečkám více než 1x za rok
- Nikdy

7. Delirujícího pacienta bych definoval/a jako: (doplňte).....

.....

.....

8. Zaškrtněte možnost, se kterou se nejvíce ztotožňujete.

	Ano	Spíše ano	Spíše ne	Ne
Delirující pacient je agresivní.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Delirující pacient je zmatený.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Ano	Spíše ano	Spíše ne	Ne
Delirující pacient je vždy alkoholik.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Delirující pacient útočí na personál.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Delirující pacient si vytrhává intra- venozní kanyly.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Delirium vznikne vždy u starších pacientů po anestezii.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Delirující pacient trpí inkontinencí.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Delirující pacient je zpomalený a celý den spí.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kortikoidy mohou vyvolat delirium.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
U delirujícího pacienta vznikne epi- lepsie.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Delirium nepatří mezi životně ohro- žující stavy.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
U delirujícího pacienta je vždy nut- ná kurtace.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Ano	Spíše ano	Spíše ne	Ne
U každého deliria se objevují halucinace.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Delirium se rozvíjí vždy v noci.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dehydratace nezpůsobuje delirium.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Delirující pacient nespolupracuje.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Halucinace musíme vždy vyvracet.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Delirium přechází do demence.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fixace neboli kurtace je nedílnou součástí léčby.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
U deliria se vyskytují poruchy kognitivních funkcí.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lék Tramal má delirogení potenciál.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Postranice nepatří mezi omezující prostředky.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vzniku delíria nelze zabránit.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

9. Jaká onemocnění či stavy mohou vést ke vzniku delirií? (doplňte).....

.....

.....

10. Mezi prvotní příznaky deliria patří: (doplňte).....

.....

11. Při poskytování ošetrovatelské péče o delirujícího pacienta sledujeme: (doplňte)

.....

.....

12. V případě agresivity pacienta jej usměrním tak, že: (doplňte).....

.....

.....

13. Při použití restriktivních postupů u pacienta sledujeme: (doplňte).....

.....

.....

14. Uvítal/a byste možnost vzdělávání v rámci problematiky ošetrovatelské péče o delirujícího pacienta (například formou seminářů)?

- Ano, z jakého důvodu
.....
- Ne, z jakého důvodu
.....

15. Domníváte se, že jsou Vaše znalosti o delirujícím pacientovi dostačující?

- Ano
- Spíše ano
- Nevím
- Spíše ne
- Ne

PŘÍLOHA P IV POZOROVACÍ ARCH

Pozorovací arch pro sestry

Sestry jednají s delirujícím pacientem klidně.	
Sestry se nevhodně chovají k pacientovi.	
Sestry na pacienta křičí a nevhodně se chovají.	
Sestry s pacientem komunikují.	
Jsou uspokojeny pacientovi potřeby.	
Sestra podává dostatek informací pacientovi.	
Sestra se k pacientovi chová stejně jako ke klidnému a spolupracujícímu pacientovi.	
Sestry dodržují zásady ošetrovatelské péče.	
Sestry používají kurtaci.	
Pacient má zvýšenou ošetrovatelskou péči.	
Sestra si udělala dostatečný čas na pacienta.	
Sestry pravidelně kontrolují stav vědomí.	
Při hodnocení stavu používají škály.	
Sestry rozpoznávají delirium.	
Sestry určí prvotní příznaky deliria.	
Sestry informují ihned lékaře o změně stavu.	

PŘÍLOHA P V EDUKAČNÍ MATERIÁL

Pojmy, které možná neznáte:

Delir zaměstnanosti je bezúčetné překládání věcí, ubrusu atd. Na dotaz často sdělí, že „pracuji“.

Vzniku deliria předchází tzv. predelirantní syndrom, jenž je charakterizován neklidným spánkem s nočními běsy, bolestí hlavy a úzkostí. Pacient je nejistý a bezradný.

Sundown syndrom je delirium začínající po soumraku, kdy pacient trpí mírnější poruchou paměti a při které např. hledá své lůžko.

Desatero pro „správné“ sestry

1. Veškerá tvá sdělení pacientovi musí být stručná, jednoduchá a srozumitelná. Nepoužívej cizích slov ani odborných výrazů.
2. Ujisti se, že pacient pochopil, co mu bylo řečeno.
3. Ke sdělení zásadních informací počkej na příhodnější chvíli.
4. Pacient má právo na dotazy.
5. Nejen slovy hovoříme. Gesta, mimika, pohled a další tvé projevy často řeknou více než slova.
6. Pacient a sestra jsou lidé sobě si rovni, svou péči o něj mu projevujes úctou, neodsuzuj jeho chování.
7. Nepřikazuj, nezakazuj a hlavně nekřič. Snaž se vše říci klidným hlasem.
8. Pacientovi pomáhej s jeho dezorientací, informuj ho o čase, přines mu aktuální noviny apod.
9. Ke správné prevenci dodržuj pravidlo „HAMR“ - hydratace, alimentace, mobilizace, reorientace.
10. Směrem k pacientovi se chovej klidně, vyvaruj se prudkých gest. Zároveň však dbej o svou bezpečnost.

Mýty a fakta o deliriu



Alžběta Kadlčková
2013

Mýty o deliriu

1. Delirující pacient je vždy alkoholik nebo člověk závislý na určité návykové látce.
2. Delirující pacient je vždy agresivní a nebezpečný svému okolí.
3. Delirující pacient není schopný spolupráce.
4. Kurtace je nejlepším způsobem v ošetrovatelské péči o delirujícího pacienta.
5. Prevence u deliria neexistuje, vzniku deliria nezabráníme.
6. Delirující pacient trpí jen dezorientací a halucinacemi.
7. Dehydratace nezpůsobuje delirium.
8. U pacienta s deliriem není nutný zvýšený dohled.
9. Nejeefektivnější léčbou deliria je použití farmakoterapie, izolace pacienta a kurtace.
10. Léky jako jsou kortikoidy, analgetika a antihistaminika nemůžou způsobit delirium.

Jak poznáme delirium?

Dezorientace v čase, místě, situaci a osobou.

Neklid, hyperaktivita až agresivita, nebo naopak apatie.

Zhoršení paměti, zejména krátkodobé. Možná úplná amnézie.

Může se objevit: zvýšená tělesná teplota, mydriáza, zčervenání obličeje, tachykardie, hyperhidróza, kolísání krevního tlaku, nauzea, vomitus či průjemy.

Iluze a halucinace.

DELIRIUM

Delirium vniká ve velmi krátké době, často v průběhu několika dní či hodin.

Porucha spánku, objevuje se pospávání během dne, bdění, neklid či rušivé sny s nočními můrami v noci.

Pacient často smotává povlak kapny či kapesník, hraje si s hadičkou od infuzního setu nebo s kyslíkovými brýlemi.