



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Management práce sestry o pacienta s akutní zmateností

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Studijní program:

OŠETŘOVATELSTVÍ

Autor: Bc. Hana Formánková

Vedoucí práce: Mgr. František Dolák, Ph.D.

České Budějovice 2020

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem svoji diplomovou práci s názvem „*Management práce sestry o pacienta s akutní zmateností*“ jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své diplomové práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby bakalářské práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé diplomové práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne:

.....

Bc. Hana Formánková

Poděkování

Poděkování bych chtěla věnovat vedoucímu diplomové práce, Mgr. Františku Dolákovi, Ph.D. za ochotný a milý přístup, za cenné rady a připomínky, které mi během vedení diplomové práce poskytl.

Dále bych chtěla poděkovat všem sestřám, které se podílely na vytvoření mé diplomové práce, za jejich ochotu a čas.

Abstrakt

Management práce sestry o pacienta s akutní zmateností

Delirium neboli akutní zmatenost je kvalitativní porucha vědomí, která se často vyskytuje u starších lidí, těžce nemocných, u intoxikací návykovými látkami a v pooperačních stavech.

Diplomová práce se zabývá problematikou managementu práce sestry o pacienty s akutní zmateností. Cílem diplomové práce bylo zjistit jaké mají sestry povědomí a zkušenosti s pacienty s akutní zmateností, dále jak působí péče o takového pacienta na psychiku sestry. Jak by měla sestra postupovat při péči o nemocného, který prodělává akutní zmatenost. Cíle byly splněny pomocí kvalitativního výzkumného šetření. Technikou sběru dat bylo zúčastněné skryté pozorování pacientů a sester a také polostrukturované rozhovory se sestrami, které měly zkušenost s péčí o pacienty s akutní zmateností.

Výzkumným šetřením bylo dosaženo atraktivních výsledků. Sestry měly vcelku malé povědomí o rozdílech v názvosloví akutní zmatenosti a deliria. Příznaky akutní zmatenosti/ deliria si uvědomovaly ve velké míře. Měly dobré znalosti o intervencích, které by se u těchto nemocných měly provádět. Většina z nich věděla a uměla upravit komunikaci na správnou míru, tak aby byla vhodná pro nemocného, který prodělává akutní zmatenost/ delirium. Dokázaly se k nemocnému chovat vlídně i přes jejich aktuální nevhodné chování. Když jsme sestry tázali na konkrétní intervence k těmto nemocným nebylo jejich povědomí na dobré úrovni, proto jsme se rozhodli vytvořit brožuru, která by sestram v péči mohla pomoci. Povědomí a využívání hodnotících škál bylo velmi nízké, hodnotící škály určené přímo na delirium se nepoužívaly nikde. Využívání restriktivních opatření bylo často zneužíváno, ale našly se i sestry, které si dávaly pozor na zbytečné využívání těchto prostředků.

Klíčová slova: Akutní zmatenost; Delirium; Management práce sestry; Pacient; Ošetrovatelská péče

Abstract

Nursing management for patient with acute confusion

Delirium, also known as acute confusional state, is a qualitative disorder of consciousness, that often occurs in the elderly persons, intoxicated persons and post-surgery conditions.

This diploma theses deals with the issue of nurse work management for patient with delirium. The main goal of the thesis was to find out what experiences with the patients with acute confusion nurses have, as well as how the care of such a patient affects the nurse's psyche and how a nurse should proceed in the care of a patient who is experiencing acute confusion. The goals were accomplished through the qualitative research survey. The data collection technique involved covert observation of patients and nurses, as well as semi-structured interviews with nurses who have experienced the care of patients with acute confusion.

Attractive results have been achieved through the research. The nurses were relatively unaware of the differences in the nomenclature of acute confusion and delirium. On the other hand, nurses were aware of the symptoms of acute confusion / delirium. They had a good knowledge of the interventions that should be performed in these patients. Most of them were able to adjust the communication to the right extend so that it was suitable for a patient who was experiencing acute confusion / delirium.

Nurses were able to treat the patient kindly despite their current inappropriate behavior.

When we asked the nurses about specific interventions for these patients, their awareness was not good, therefore we decided to create a brochure that could help the nurses in their care. Awareness and use of rating scales was very low, rating scales designed directly for delirium were not used anywhere. The use of restrictive measures was often abused. But some nurses were also found to be wary of unnecessary use of the these funds.

Key words: Acute Confusion, Delirium, Nursing management, Patient, Nursing Care

Obsah

1	Současný stav	8
1.1	Akutní zmatenost.....	8
1.2	Druhy akutní zmatenosti	8
1.2.1	Organické delirium.....	10
1.2.2	Farmakologicky navozená deliria	11
1.2.3	Pooperační deliria.....	14
1.2.4	Somatické delirium	15
1.2.5	Intoxikační delirium	17
1.2.6	Delirium tremens	19
1.3	Etiopatogeneze, Klinický obraz	21
1.3	Diagnostika	22
1.5	Léčba.....	25
1.5.1	Nefarmakologická opatření	25
1.5.2	Farmakologická léčba	26
1.6	Management práce sestry	27
1.6.1	Hodnotící škály	29
1.6.1	Ošetrovatelská péče o delirantního pacienta, etické problémy	31
1.6.2	Omezovací prostředky.....	33
2	Cíl práce a výzkumné otázky	36
2.1	Cíl práce	36
2.2	Výzkumné otázky	36
3	Metodika.....	37
3.1	Použitá metodika a technika sběru dat	37
3.2	Charakteristika výzkumného souboru	40
4	Výsledky výzkumného šetření	41
4.1	Identifikační údaje pozorování sestry	41

4.1.1 Seznam kategorizačních skupin- pozorování sestry.....	43
4.2 Identifikační údaje pozorování pacienti	51
4.2.1 Seznam kategorizačních skupin- pozorování pacienti	53
4.3 Identifikační údaje rozhovory se sestrami.....	62
4.3.1 Seznam kategorizačních skupin- rozhovory sestry	63
5 Diskuze.....	73
5.1 Diskuze- pozorování sestry	73
5.2 Diskuze- pozorování pacienti.....	79
5.3 Diskuze- Rozhovory se sestrami	83
6 Závěr.....	88
7 Seznam použitých zdrojů	90
8 Přílohy	95
8.1 Seznam příloh.....	95
9 Seznam zkratk	109

1 Současný stav

1.1 Akutní zmatenost

Delirium je nejčastější psychiatrická diagnóza, která se vyskytuje v nemocničním prostředí (Lolak et al., 2015). Podle Bednaříka et al. (2010) přináší delirium zvýšení ekonomických nákladů na intenzivní péči, celkovou nemocniční péči a představuje významný nárůst zátěže zdravotnického personálu. Delirium bylo v předchozích letech označováno jako organický psychosyndrom, akutní mozkový syndrom a akutní stav zmatenosti (Hovorka, Praško, 2014). Jedná se o nejčastější kvalitativní poruchu vědomí a chování, se kterou se můžeme setkat ve všech medicínských oborech. Delirium negativně ovlivňuje mortalitu a morbiditu nemocných a tím zvyšuje náklady na péči (Mitášová et al., 2012). Sarisová (2015) udává, že delirium je nutné odlišit od demence, protože demence má postupný průběh a naopak delirium propuká náhle. Pilch (2011) doplňuje, že delirium vyžaduje intenzivní léčbu, důsledné sledování vnitřního prostředí, léčbu přidružených onemocnění a v mnoha případech i omezení pacienta. Delirium se objevuje především u starších osob, jeho prevalence se pohybuje mezi 15 až 20 % všech hospitalizovaných (Roth, 2011). Podle Sarisové (2015) je delirium málokdy rozpoznáno a správně léčeno. Delirium bývá doprovázeno psychotickými symptomy, proto může dojít k mylné diagnóze. Pro delirium je typický akutní počátek a kolísavý průběh. Delirium je vždy sekundární-farmakogenní nebo somatogenní (Roth, 2011).

Na delirium se v praxi často zapomíná, přestože tento stav velmi zhoršuje prognózu. Je jedním z ukazatelů delší hospitalizace a také navyšuje krátkodobou i dlouhodobou mortalitu (Káňová et al., 2015). MKN-10 řadí mezi diagnostická kritéria: poruchu vědomí a pozornosti, globální poruchu vnímání a myšlení-halucinace, bludy, poruchy paměti, poruchy psychomotoriky, porucha spánkového cyklu (bdění-spánek), emoční změny (Roth, 2011).

Jako rizikové faktory pro vznik delirantního stavu řadí Roth (2011) vyšší věk, přítomnost demence, somatické chronické choroby, multimorbiditu, používání velkého množství léků, hospitalizaci a sensorické deprivace. Mezi časté příčiny vzniku deliria u starých lidí se řadí akutní infekční onemocnění, dehydratace, metabolický rozvrat, rizikové léky a CMP, u mladých lidí se jedná hlavně o abúzus návykových látek či abstinenci.

1.2 Druhy akutní zmatenosti

Delirium se rozvíjí během několika hodin až dnů. V průběhu dne se střídají příznaky akutní zmatenosti s klidovým stavem, ke zhoršení obvykle dochází ve večerních a nočních hodinách (Sarisová, 2015). Černá Pařízková (2019) dělí delirium podle klinických projevů na hyperaktivní, hypoaktivní a smíšené formy.

Známky hypoaktivního deliria se objeví spíše u starších jedinců. V této formě deliria jsou pacienti zmatení a neteční, také dochází ke snížení pozornosti a bdělosti, tento typ deliria bývá málokdy rozpoznán (Sarisová, 2015). Černá Pařízková (2019) doplňuje, že hypoaktivní delirium se vyskytuje ve více než 40 % případů, převážně u pacientů vyššího věku. Tento druh deliria je spojen s vyšší mortalitou. Je těžko rozpoznatelný a málokdy léčen. Podle Káňové et al. (2012) může dojít při hypoaktivní formě deliria k záměně s depresí. Pacienti omezeně komunikují a spolupráce s nimi je omezená.

Ve druhém hyperaktivním typu deliria se psychomotorické tempo naopak zvyšuje. Nemocní jsou neklidní, střídají se u nich nálady, můžou vykazovat sebepoškozovací tendence a může docházet i k napadání ošetřujícího personálu. U hyperaktivního deliria se objevují iluze, halucinace a bludy (Sarisová, 2015). Většina forem hyperaktivního deliria se projevuje agitovaností, emoční labilitou, slovní i celkovou agresivitou. Pacient svojí agresivitou může ohrozit ošetřující personál i sám sebe. Často se snaží odstranit si veškeré vstupy, jako například periferní kanylu, močovou cévku nebo pokud jsou na UPV tak občas dochází i k nechtěným extubacím (Káňová et al., 2012).

Nejvíce se v nemocnicích setkáváme se smíšeným typem deliria, při kterém se střídají fáze hypoaktivního a hyperaktivního deliria. Obě fáze mají různou intenzitu a v čase se mění (Černá Pařízková, 2019).

Jako hlavní psychické projevy při vzniku deliria řadíme poruchy vědomí, neschopnost udržet pozornost, dezorientaci, amnézii, poruchy vnímání, myšlení a také poruchy emocí. Delirium působí i na tělesné funkce, to se projevuje se neurologickými příznaky (třes, snížená koordinace pohybů, neartikulovaná řeč, ztráta rozpoznání obličejů nebo předmětů, narušení komunikačních schopností, zpomalené reakce). Nemocný může mít výkyvy krevního tlaku, zvýšenou tepovou frekvenci i teplotu, pocity na zvracení, průjem, pocení. Nemocný si svůj stav neuvědomuje (Sarisová, 2015).

Delirium se vyvíjí v souvislosti s predisponujícími faktory, které určují zranitelnost CNS daného jedince (kognitivní funkce, věk, komorbidita) a vyvolávajícími faktory zahrnující nynější onemocnění a faktory prostředí. Mezi tyto faktory patří: trauma, SIRS, lékové interakce, izolace a užití omezovacích prostředků. Také neovlivnitelné faktory působí na vznik deliria, patří sem: věk, předchozí výskyt demence, komorbidita,

onemocnění CNS. Mezi částečně ovlivnitelné faktory zařadili autoři bolest, dehydrataci, vzestup katabolitů, biochemické abnormality, infekci, poruchy oxygenace, medikaci a lékové interakce, trvání a typ anestezie, krevní ztráty a malnutrici (Káňová et al., 2012). Existují látky, které mohou způsobovat závislost, jedná se o opiáty nebo opioidy, látky tlumící CNS, psychostimulancia, nikotin a tabák, kanabioidy, psychodysleptika, těkavé látky k inhalaci, xantiky a ethylalkohol (Martínková et al., 2018).

1.2.1 Organické delirium

Sampaio a Sequera (2015) udává několik studií, které prokázaly nedostatky v hodnocení, diagnostice a intervencích u starších pacientů. Vznik deliria může být pro staršího člověka důvodem ke snížení funkčnosti, ztrátě samostatnosti a soběstačnosti a nakonec i ke smrti. Delirium je nezávislým ukazatelem vyšší mortality u geriatrických pacientů, hospitalizovaných v nemocnici. Zvládnutím výrazně snížíme riziko mortality geriatrických pacientů. Mezi rizika, na které je třeba se zaměřit patří prevence dekubitů, vzniku infekce-hlavně DC, riziko metabolického rozvratu, udržování fyziologických hodnot v normě-především krevní tlak a pulz. U pacientů ve věku nad 65 let se incidence deliria pohybuje od 70 do 87 % (Ressner et al., 2011). Incidence i prevalence deliria roste úměrně s věkem. Mezi další rizikové faktory pro vznik deliria jsou: poruchy hydratace, organické postižení mozku včetně degenerativní demence, mozková traumata z předešlých let, abúzus alkoholu či jiné závislosti, chronická tělesná onemocnění, imobilizační syndrom, smyslové poruchy, spánková deprivace a další psychosociální faktory a polypragmázie (Krombholz, 2015). Dalším rizikovým faktorem je mužské pohlaví (Reuden et al., 2017). U pacientů ve věku nad 65 let je demence největším rizikovým faktorem pro vznik deliria, neboť až 60 % delirií vzniká na podkladě demence. Důležitá je pečlivá farmakologická anamnéza. Mezi rizikové faktory patří i bolest, dementní pacient nemusí bolest dostatečně ventilovat a může docházet k tlumení symptomů nevhodnými farmaky a tím naopak dochází ke zvýšení rizika deliria. Dalším faktorem patřícím do skupiny rizikových faktorů je prostředí, ve kterém se pacient nachází. Pacient může mít deprivaci z nedostatku sensorických, zvukových nebo světelných jevů, tato deprivace se může odrazit ve spánkovou deprivaci a dochází k narušení diurnálních rytmů. K těmto deprivacím často dochází na jednotkách intenzivní péče (Ressner et al., 2011). Delirium se často objevuje právě jako první příznak somatického onemocnění starších pacientů (Klempíř, Uhrová, 2011).

Patofyziologie deliria se nedá jednoznačně vysvětlit, často jde o kombinaci faktorů, kde důležitou roli hraje zánět, akutní stres a neurotoxicita užívané farmakoterapie. Cholinergní systém působí na kognitivní funkce a pozornost (Ressner et al., 2011).

1.2.2 Farmakologicky navozená deliria

Závislostí se rozumí stav, kdy osoba není schopna racionálně jednat, tedy má psychologickou závislost. Psychologická závislost je často spojena se somatickou, kterou charakterizuje abstinční syndrom (Martínková et al., 2018). Farmakologicky navozená deliria Krombholz (2015) označuje jako důsledek nežádoucích účinků léku a pro každého jedince jsou individuální. Hůře jsou na tom starší pacienti s preexistující demencí. Základní lékové skupiny jsou popsány v tabulce 3. Bártová a Ressner (2012) dělí tento typ deliria na 2 základní poruchy, polékové delirium a syndrom demence způsobený farmaky. Polékovou kognitivní poruchu lze definovat tak, že farmakum podezřelé ze způsobení, má efekt na centrální nervový systém. U takového farmaka byly zjištěny jeho toxické hladiny nebo zlepšení stavu při jeho redukci či při vysazení. Vznik poruchy vědomí a pozornosti, vnímání, myšlení, paměti, psychomotorického chování, emotivity a schématu spánek-bdění souvisí s obdobím, kdy bylo dané farmakum užíváno. Farmakologicky navozená deliria označuje Krombholz (2015) jako nežádoucí důsledek snahy lékařů, protože s přibývajícím věkem stoupá počet onemocnění a stoupá i počet užívaných léků. Z toho celá řada z nich je schopna sama o sobě vyvolat delirium.

Farmakologicky navozená deliria mají své rizikové faktory, jako například: pokročilý věk, přítomnost již existujícího neurodegenerativního či cévního onemocnění, hospitalizace, sepse, dehydratace, poruchy citlivosti, neléčená bolest, močové infekce, hypoxie, zácpu nebo průjem, neznámé prostředí, malignity, mužské pohlaví a mnoho dalších (Bártová, Ressner, 2012).

Opioidy a benzodiazepiny

Lüllmanna et al. (2012) uvádí, že opioidy působí na spinální míchu a mozek. Také snižují pozornost a schopnost soustředit se. Po podání léku přichází úleva od bolesti, ale současně i euforie. Může se vyskytovat touha po znovu dosažení tohoto stavu a tím vzniká závislost. Opioidy patří do kategorie léků splňující kritéria vzniku závislosti. Bouček a Pidrman (2005) informují, že benzodiazepiny jsou látky, které působí antixylooticky, tlumivě a proti agresi, zároveň jako myorelaxancia a antikonvulziva. Mezi cílové skupiny pacientů patří ti, u kterých se vyskytuje strach, vnitřní neklid, svalové napětí, podrážděnost a poruchy spánku.

Benzodiazepiny jsou často zneužívány a jejich spotřeba je vzhledem k toleranci vysoká (Švihovec et al., 2018). Černá Pařízková (2019) poukazuje na možnost výskytu závislosti a rozvoje symptomatologie syndromu z odnětí. U nemocných se vyskytuje anxineta, kterou Kašáková et al. (2015) popisují jako úzkost, dále agitace, třes, bolesti hlavy, pocení, nespavost, svalové křeče. Vysazení se projevuje hyperaktivním deliriem. Drástová a Krombholz (2013) označují riziko vzniku deprese jako přímo úměrné dávce. Za hraniční dávku považují 40 mg diazepamů na den, ale zároveň ve stáří nedoporučují vysoké dávky krátkodobě působících benzodiazepinů. Závislost na benzodiazepinech je nejhůře léčitelná, zdlouhavá a pacient se musí postupně převést na léky s krátkodobějšími účinky a musí se postupně a opatrně snižovat dávka (Švihovec et al., 2018). Vysazení opioidů je doprovázeno mydriázou, slzením, zvracením, tachypnoí, neklidem a dalšími. Příznaky se objevují přibližně za 12 hodin od vysazení nebo snížení dávky nebo i po podání antagonisticky působícího léku (Naloxon) (Černá Pařízková, 2019).

Anticholinergika

Jsou farmaka, která se využívají k léčbě parkinsonovy choroby. Nízké dávky, které jsou dlouhodobě podávány, způsobují poruchy paměti a kognitivních funkcí. Do vysoce rizikových skupin antiparkinsonik patří benzotropin, tricyklická antidepresiva, myorelaxancia a další (Bártová, Ressner, 2012). Neuroleptika se řadí do vysoce rizikové skupiny pro vznik farmakologicky navozeného deliria. Léčiva s anticholinergním účinkem se postupně nahrazují novějšími generacemi antidepresiv a neuroleptik. Do vysoce rizikové skupiny řadí amitriptylin, který by se neměl užívat už vůbec. Jedna z anticholinergních působících látek je také atropin, kdy jeho použití v rámci premedikace může pomoci v rozvoji pooperačního deliria (Krombholz, 2015).

Antikonvulziva

Martínkové et al. (2018) popisují antiepileptika jako léky potlačující spíše křeče nežli patologický proces. Jedná se o léčbu, která se provádí dlouhodobě, často i celoživotně. Bártová a Ressner (2012) vysvětlují možný vliv antikonvulziv na kognitivní funkce. Při běžných dávkách mohou pacientům způsobit delirium i syndrom demence. I přes nežádoucí účinky je jejich pravidelné podávání důležité vzhledem k prevenci epileptických záchvatů. Krombholz (2015) udává nejčastěji popsané nežádoucí účinky u kyseliny Valproové, kde jsou při užívání popisovány poruchy paměti, stavy zmatenosti. Jako méně riziková se označují antiepileptika třetí generace mezi, které patří např.: Pregabalin. Ze skupiny první generace antiepileptik je rizikový fenobarbital, hlavně u

pacientů s demencí. Naopak Lüllmann et al. (2012) určily nejnižší sedativní účinek oproti ostatním antiepileptikům.

Kortikosteroidy

Kortikoidy Nejedlá (2015) označuje jako léky podobající se hormonům kůry nadledvin-kortikosteroidům, působí protizánětlivě, protialergicky, protitoxicky a imunosupresivně. Kortikosteroidy jsou schopny vyvolat psychotropní nežádoucí účinky, které se vyskytují asi u 6 % léčených. Mohou vyvolat depresi, změny nálad, ale i stavy zmatenosti (Krombholz, 2015). Delirium může vyvolat zvýšení hladiny kortizolu v CNS. Za rizikové označují dlouhodobé podávání a náhlé snížení hladiny či vysazení (Bártová, Ressner, 2012). Drástová a Krombholz (2013) považují za hraniční dávku 60 mg Prednisonu.

Analgetika

Analgetika jsou působící léky proti bolesti, lze je rozdělit na neopioidní analgetika (analgetika-antipyretika) jejich účinek je analgetický, protizánětlivý, antipyretický a antiagreganční. Další jsou opioidní analgetika, ty jsou popsána v předchozích odstavcích a poslední skupina analgetik jsou spasmolytika, které mají pouze analgetický účinek (Nejedlá, 2015). Stavy zmatenosti se podle Drástové a Krombholze (2013) vyskytují u užívání tramadolu. Psychotropní nežádoucí účinky se objevují u opiátových analgetik. Podceňují se nesteroidní antirevmatika. Výskyt deliria byl popsán i u salicylátu a u analgetik s obsahem kodeinu nebo pseudoefedrinu. Ve vyšším věku vyvolává indometacin stavy zmatenosti a halucinace. Poléková deliria se objevují u opiátových analgetik, popsány byly u fentanyl, pethidinu i morfinu. Deliria se objevují i u transdermálních formy náplastí (Bártová, Ressner, 2012).

Onkologika

Pro každou protinádorovou léčbu Krombholz (2015) udává jistou míru neurotoxicity, výše záleží na velikosti dávky. Cytostatika používající se u léčby nádoru mozku mohou být spojena s rozvojem kognitivních poruch. Delirium může vznikat při podání vyšších dávek methotrexátu, vinskistinu, po aspargiáze a prokarbazinu. Nežádoucí účinky souvisejí i s druhotnými metabolickými změnami. Metotrexát může způsobit leukoencefalopatii až s fokální nekrózou, tento stav může zapříčinit stavy zmatenosti i epileptické záchvaty. Chemoterapeutikum cytarabin nebo fluorouracil při vyšších dávkách způsobují dysfunkci mozečku, která způsobí vertigo, stavy zmatenosti, poruchy rovnováhy i nálady. Bártová a Ressner (2012) doplňují, že u léčby chemoterapeutiky velmi záleží na celkovém stavu pacienta a na primárním poškození mozku. Kognitivní

poruchy mohou způsobit také léky, které se používají při léčbě chemoterapeutiky, např.: antiemetika, cyklosporin, interferon a další.

Antiparkinsonika

Mezi nežádoucí účinky řadí Lüllmann et al. (2012) psychické poruchy a hyperkineze, což je podle Kašákové et al. (2015) nadměrný a mimovolní pohyb. Antiparkinsonika mohou vyvolávat stavy, které se objevují pod obrazem deliria, mohou nastat i halucinace a bludy. Delirium může vzniknout u všech typů antiparkinsonik, protože působí na dopaminergní přenos. Krombholz (2015) popisuje stejné nežádoucí účinky a doplňuje, že častěji se objevují nežádoucí účinky u pacientů, kteří mají PN s demencí (Bártová, Ressler, 2012).

Antihypertenziva

Bártová a Ressler (2012) popsali možné riziko vzniku kognitivních poruch při hypertenzi. První antihypertenzivum, u kterého bylo popsáno polékové delirium je metyldopa. Amiodaron může způsobovat dlouhodobé stavy zmatenosti. Využití diuretik může způsobovat vodní a iontové nerovnováhy a tím způsobovat delirantní stavy, hlavně u pacientů po chirurgických výkonech. Krombholz (2015) udává známky psychotropních účinků u pacientů, kteří užívají digitalis. Vyskytují se farmakologicky navozená deliria s poruchami nálady a zrakovými poruchami. Dále jsou popsány stavy úzkosti, zmatenost a depresivní symptomy u Propanololu, Metoprolu, Atenolu a dalších. Výskyt byl popsán i u starších antiarytmik jako například u Lidokainu.

Sedativa/ hypnotika

Sedativa jsou dostupná v několika variantách, kdy nejnázne se získají ta, co nejsou vázána na lékařský předpis (Martínková et al., 2018). Bártová a Ressler (2012) řadí do skupiny sedativ benzodiazepiny, které jsou popsány výše, dále barbituráty a sedativně působící antihistaminika. Sedativní antihistaminika se uplatňují antihistaminovým a anticholinergním účinkem. Zvyšování dávky způsobuje více nežádoucích než žádoucích účinků. Hypnotika se člení do tří kategorií: Barbituráty a nebarbiturátová hypnotika, benzodiazepiny a selektivní GABA-agonisté. GABA-agonisté jsou krátkodobá hypnotika (Martínková et al., 2018). Barbituráty byly zodpovědné za řadu farmakologicky navozených delirií, nyní se tato skupina léčiv využívá pouze jako úvodní anestetikum (pentobarbital) nebo v léčbě epilepsie (fenobarbital) (Krombholz, 2015).

1.2.3 Pooperační deliria

Delirium se řadí mezi běžné pooperační komplikace (Hayashi et al., 2019). Podle Černého (2015) by měli být zdravotníci, kteří pečující o populaci starších pacientů

podstupujících operační výkon informování a proškolení v rozpoznání deliria, hlavně o hypoaktivní formě deliria. Pooperační delirium je častá komplikace operační léčby, negativně ovlivňuje následnou léčbu, rehabilitaci a dlouhodobou prognózu (Mitášová et al., 2012). Delirium se vyskytuje v různém časovém období po operačním zákroku, často bezprostředně po ukončení operačního výkonu nebo i s odstupem i několika hodin po operaci. Rizikovým faktorem je nedostatečné tlumení akutní bolesti. Další příčiny, které mohou vést ke vzniku POD jsou: hypovolémie, hypoperfuze, zánětlivá reakce, nedostatečná analgezie, imobilizace (Černá Pařízková, 2019). Incidence POD se pohybuje od 3,3 % do 40 %. Rozdíly udávají druhy operačních zákroků, věk pacienta a zvolená vyšetřovací metoda. Nejnižší procenta byla zjištěna u operací páteře, delirium po srdečních operacích se pohybuje od 16,4 % do 34 % a operace fraktury krčku femuru od 19 % do 40 % (Mitášová et al., 2012).

Rizikové faktory pooperačního deliria jsou: délka operace, epizody hypotenze, hloubka sedace během anestezie, abnormální hladina sérového albuminu, sodíku, draslíku a glukózy dále také snížená hladina hemoglobinu pod 100 g/l a podání krevní transfuze (Mitášová et al., 2012). Černý (2015) doplňuje rizikové faktory vzniku POD: pacienti ve věku nad 65 let, poruchy kognitivních funkcí, známky demence, poruchy zraku nebo sluchu, chronická onemocnění a známky infekce. V rámci prevence POD je vhodné podle Černého (2017) vyhodnocení předoperačních rizikových faktorů, pátrání po onemocněních se vztahem k požívání alkoholu, sledování intraoperačních rizikových faktorů (místo operace, peroperační krvácení), délky operace a bolesti.

Černý (2017) sepsal kroky, kterými by se mělo řídit v klinické praxi. Vyhodnocení rizika POD a identifikace rizikových pacientů, informování o riziku pacienta, rodiny a zdravotnického týmu. Optimalizace předoperačního stavu, eliminace benzodiazepinů a anticholinergik, minimalizace stresu. Omezení délky anestezie na dobu nezbytně nutnou, monitorace kognitivních funkcí a včasné zjištění jejich poruch. Sledování pacientů, kteří prodělali POD po celou dobu jejich pobytu. Informování pacienta a jeho ošetřujícího lékaře o průběhu POD. V rámci včasné detekce deliria Černý (2015) doporučuje využívání validovaných škál k hodnocení pacientů. Mezi základní škály se řadí Confusion Assessment Method, Delirium Symptom Interview a Nursing Delirium Screening Scale. Jsou i škály vytvořené speciálně pro intenzivní péči: Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit a Intensive Care Delirium Screening Checklist.

1.2.4 Somatické delirium

Delirium se na jednotkách intenzivní péče vyskytuje s vysokou prevalencí a způsobuje zhoršení klinického stavu, též způsobuje vyšší spotřebu finančních zdrojů, zdravotní a sociální péče (Černá Pařízková, 2019).

Traumatické poškození mozku ovlivňuje krátkodobé i dlouhodobé kognitivní, emoční i fyzické fungování. Přibližně 20 % pacientů po úrazu mozku má alespoň jednu psychiatrickou poruchu. Podle studie se delirium objevilo u téměř 70 % pacientů po traumatickém poškození mozku (Maneewong et al., 2017). Delirium ze somatické příčiny se dobře rozlišuje podrobným neurologickým a laboratorním vyšetřením. Je vhodné zařadit do vyšetření odběry na boreliózu, která může imitovat delirantní stav (Pilch, 2011). Rozvoj deliria často souvisí s akutním onemocněním nebo s pooperačním obdobím. Mezi rizikové operace patří operace proximálního femuru (Holmerová, 2017). Topinková (2010) doplňuje, že mezi somatické příčiny deliria patří akutní onemocnění, celkové infekce (hlavně uroinfekce a pneumonie nebo erysipel), metabolické poruchy (dysbalance elektrolytů, akutní dehydratace, porucha ABR, dekompenzace diabetu, jaterní či ledvinné selhání) a hypoxémie. Dalším faktorem vzniku deliria jsou onemocnění CNS (demence, pacienti po cévní mozkové příhodě, mozkový tumor nebo úrazy hlavy). Ke vzniku deliria přispívá i porucha termoregulace, situační faktory-úmrť v rodině, nový pečovatel, nové prostředí.

Prevalence deliria se u kriticky nemocných se pohybuje od 11 do 87 %. Až jedné třetině delirií se dá vhodnou prevencí předejít. ABCDE přístup je preventivní postup péče o uměle ventilované pacienty. A-awakening-minimalizace sedace, B-spontaneous breathing-snaha o spontánní ventilaci, C-choice of sedation-výběr sedativ. Do preventivní péče je vhodné zařadit tzv. denní prázdniny od sedativ, tím se sníží přítomnost posttraumatického stresu. CAM-ICU je test, který umožňuje diagnostiku deliria u pacientů s podporou UPV. Včasná diagnostika deliria umožní brzké snížení jeho vlivu. Důležitou roli hraje taky včasná mobilizace (Káňová et al., 2015). Garg et al. (2014) se věnoval studii, kde zjistil, že leukocytóza a hyponatrémie jsou častým faktorem, který se pojí s deliriem. Ve stejné studii bylo zjištěno, že delirium se často objevuje u infekce (58 %), metabolických abnormalit (36 %) a u nepříznivých účinků léků. Vörösová et al. (2015) doplňuje, že v rámci somatického deliria záleží hlavně na faktorech, které vedou ke vzniku hypoxie, jako např.: ischemická choroba srdeční, ateroskleróza, anemie, chronické plicní záněty, plicní emfyzém, rozvrat iontů, hypoglykémie, jaterní a ledvinné selhání, pankreatitidy, endokrinopatie, dehydratace a poruchy výživy. Dehydratace může způsobit hyponatremii a hyperosmolalitu, při čemž způsobí kognitivní poruchu. Při

hyponatremii vznikají poruchy kognitivních funkcí, objevují se při aplikaci osmoticky aktivních látek při léčbě edému mozku, také pokud má nemocný nedostatečnou tvorbu aldosteronu, onemocnění ledvin nebo při sekreci antiduretického hormonu při kontuzi mozku či SDH.

1.2.5 Intoxikační delirium

Dostupnost alkoholu v České republice je snadná a vysoká, to naši republiku řadí na první příčky ve spotřebě alkoholu na jedince. Nepřiměřený příjem alkoholu má negativní vliv na zdraví a socio-ekonomickou situaci části obyvatelstva ČR. Dobiášová a Hnilicová (2018) by řešily snížení spotřeby alkoholu tím, že se omezí jeho dostupnost, což se v jiných zemích osvědčilo (Dobiášová, Hnilicová, 2018). Švihovec et al. (2018) zjistil, že se na území České republiky za posledních 15 let udržuje roční spotřeba etanolu na jedince od 10 do 12 litrů, v Evropě je to okolo 9 litrů. Nadměrné užívání alkoholu způsobuje mnohočetné orgánové poškození a psychické poruchy. Dobiášová a Hnilicová (2018) popisují, že alkohol působí na zdraví téměř všech věkových skupin i obou pohlaví. Nejčastěji se objevuje u věkové skupiny 35-45 let, v této věkové kategorii způsobuje 25 % úmrtí mužů a 17 % úmrtí u žen. Příčiny vysoké úmrtnosti souvisí s vysokou četností úrazů, poranění a otrav v souvislosti s alkoholem. Úrazy, které se pojí s alkoholem ročně způsobí 4 až 5 tisíc hospitalizací. Vysoká spotřeba alkoholu snižuje životnost i starším lidem.

Závislost na alkoholu je adaptací nervového systému, což vede při přerušení přísunu alkoholu k rozvoji odvykacího syndromu. Odvykací stav související se závislostí na alkoholu přináší komplikace deliria a křečové stavy a zároveň je častým klinickým jevem. Incidence intoxikačního deliria se pohybuje od 40 do 60 % u pacientů v intenzivní péči. Tento stav komplikuje diagnostiku i léčbu, pacient je sám sobě nebezpečný vzhledem k závažnosti a délce projevů (Kašpárek et al., 2014).

Intoxikační delirium můžeme dobře odlišit vzhledem k přítomnosti alkoholu v krvi a zároveň při nepřítomnosti odvykacích příznaků (Pilch, 2011). Na jednotkách intenzivní péče se často setkáváme se syndromem z odnětí, který se vyskytuje při snížení či vysazení benzodiazepinů a opioidů, také u pacientů s chronickým abúzem alkoholu. Chronický abúzus alkoholu se objevuje u 18 % všeobecné populace, na urgentních příjmech se akutní delirium z odnětí alkoholu vyskytuje ve 20 % a na jednotkách intenzivní péče chirurgických oddělení je výskyt od 8 do 40 %. Nejzávažnější forma může dospět až do deliria tremens (Černá Pařízková, 2019).

Účinek alkoholu na organismus popisuje Kašpárek et al. (2014) jako komplexní, ovlivňující systém odměny, který se aktivuje bezprostředně po požití. Pokud, ale člověk konzumuje pravidelně, mění se citlivost, systém postupně přestane reagovat na přirozené stimuly z okolí, ale reaguje pouze na nadhraniční stimulaci alkoholem. Tento mechanismus způsobuje závislosti a díky němu hrozí riziko relapsu i po dlouhém období abstinence. Dlouhodobé užívání alkoholu vede k neurotoxickému poškození. Míra poškození organismu je individuální, závisí na koncentraci, dávce požívaného alkoholu a délce expozice. Pecinová (2011) doplňuje mechanismus účinku alkoholu na organismus takto: Etanol je antagonistou benzodiazepinových GABA receptorů, dlouhodobé užívání alkoholu vede ke snížení citlivosti, současně se blokuje glutamátové NMDA receptory, u kterých se naopak zvyšuje citlivost. Tento proces doprovází zvýšení adrenergické a serotonergické aktivity se zvýšením hladiny katecholaminů, je to příznak neurohumorální adaptace na tlumivý účinek alkoholu.

Kašpárek et al. (2014) řadí mezi klinické komplikace abúzu alkoholu křeče, delirium a kognitivní poruchy. Odvykací stav může doprovázet tremor, anxieta, ataxie, kterou Kašáková et al. (2015) popisují jako poruchu hybnosti způsobenou onemocněním nervového systému, takový člověk má nesouměrné pohyby a špatnou koordinaci. Dalším projevem podle Kašpárka et al. (2014) jsou epileptické záchvaty. Akutní intoxikace zesiluje dopaminergní aktivitu neuronů, což způsobuje aktivaci systému odměny a posilování rozvoje závislosti. Pecinová (2011) označila infekci, ICHS, alkoholové hepatopatie a anémii za rizikové pro vznik deliria. V prvních 48 hodinách se až v 15 % vyskytují generalizované epileptické křeče, v takovém případě se riziko rozvoje deliria se pohybuje od 30 do 40 %. Kašpárek et al. (2014) udávají, že nejvýraznější příznaky jsou přítomny v prvním týdnu od vysazení či prudkého snížení dávek alkoholu. Alkoholismus je jedním z predisponujících faktorů demence (Dobiášová, Hnilicová, 2018).

Mezi biologické faktory vzniku závislosti patří vrozené dispozice, aktuální fyzický stav, psychologickou vyrovnanost. Sociální rovina představuje vnější faktory a jejich dopady na jedince. Vnější faktory obsahují dostupnost látky, její závislostní potenciál, prostředí, sociální kontext, postavení jedince v sociální skupině, dopady a vlivy na jedince. Mezi rizikové faktory patří stres, který výrazně ovlivňuje příjem užívané látky. Dále je třeba zmínit individuální faktory, jako např.: genetické předpoklady, nezralost organismu, ženské pohlaví a imunitní systém. V závislost nepropadne každý jedinec. Záleží na citlivosti a zranitelnosti mozkových mechanismů i organismu (Švihovec et al.,

2018). Alkoholismus ohrožuje duševní zdraví. Počet pacientů hospitalizovaných pro duševní poruchu způsobenou alkoholem se pohybuje kolem 18 %. Léčba závislostí je nejčastějším důvodem přijetí do psychiatrických léčen (Dobiášová, Hnilicová, 2018).

Drogová závislost je podle Bejčkové (2012) ta, při které dochází k nadužívání daných látek, které způsobují psychickou a fyzickou závislost. Pokud dojde k přerušení dodávky látky organismu, objevují se abstinenční příznaky, které jsou popsány viz výše. Švihovec et al. (2018) doplňují, že mezi psychomotorická stimulantia, která zvyšují vigilitu patří kromě kofeinu a nikotinu také látky, které uvolňují noradrenalin a dopamin (amfetamin, metamfetamin, efedrin a další), inhibitory zpětného vychytávání noradrenalinu a dopaminu (kokain).

Linhart (2012) řadí mezi návykové látky také nikotin, o kterém udává, že má schopnost vyvolat silnou závislost v krátkém čase. Další látky, které působí na nervový systém jsou stimulanty. Do skupiny stimulantů patří kofein, theofylin a theobromin. Jsou to látky, které usnadňují přenos nervových impulsů v mozku, srdci i ledvinách. Vysoké dávky kofeinu mohou zapříčinit dezorientaci, zmatenost až agresivitu. Kokain se objevil koncem 19. století jako neškodná stimulační látka. Molekuly kokainu se snadno dostávají skrz hematoencefalickou bariéru a pronikají k dopaminergním receptorům v mozku. Kokain vyvolává pocity přebytku energie a sebedůvěry a nutí závislého k neustálému zvyšování dávky. Deriváty amfetaminu se řadí k nejsilnějším psychostimulantům. Působí na organismus déle než kokain. Při chronickém užívání se objevují psychotické stavy, halucinace a bludy (Linhart, 2012).

1.2.6 *Delirium tremens*

Etanol se v jaterní buňce metabolizuje na acetyldehyd, poté na kyselinu octovou. Je dobře mísitelný s vodou a snadno se rozpouští v lipidech, díky tomu v organismu dobře překonává všechny bariéry a dobře prostupuje do buněk (Lüllmann et al., 2012). Nejčastějším zástupcem deliria vzniklého na podkladě alkoholu je podle Pecinovské (2011) delirium tremens. Tento druh deliria byl poprvé popsán již v roce 1813, v roce 1961 rozdělil Johnson abstinenční syndrom do 3 stádií podle závažnosti jeho projevů. Do první kategorie spadá: abstinenční syndrom po vysazení alkoholu. Mezi projevy abstinenčního syndromu patří: craving (touha po droze-Švihovec (2018)), nespavost, vnitřní neklid, úzkost, tachykardie, třes, pocení, hyperreflexie, dráždivost a poruchy koncentrace. Druhou kategorií doplňují další příznaky, které se přidávají k příznakům z první kategorie. Jedná se o predelirantní syndrom, objevuje se nauzea, zvracení, bludné vnímání, dysartrie a ataxie. Třetí kategorie nese název: delirium tremens. Tito pacienti

mají zastřené vidění, jsou dezorientovaní, mají paranoidní domněnky, těžkou psychomotorickou agitaci, halucinace, inkoherní myšlení, zvýšená sugestibilita, dysforii nebo euforie a těžké vegetativní reakce.

Mezinárodní klasifikace nemocí upozorňuje, že delirium tremens je diagnostikováno, pokud se objeví příznaky odvykacího syndromu z odebrání alkoholu a zároveň jsou naplněna kritéria delirantního stavu, kdy ale nesmí být diagnostikována demence (Pilch, 2011). Jedná se o nejtěžší formu odvykacího stavu s vysokou úmrtností. Vzniká u lidí závislých na alkoholu. Kašpárek et al. (2014) udávají, že odvykacím stavem rozumíme fyzickou závislost na alkoholu. Deliriu tremens předchází tzv. predelirantní stav, který se projevuje třesem končetin, záškuby těla, zvýšeným krevním tlakem, tachykardií, pocením, poruchami spánku, pocitem vyčerpanosti, nervozitou, úzkostí, nechutí k jídlu a celkovou nevolností. Po predelirantní fázi, která trvá 1 až 2 dny nastupují příznaky deliria tremens. Příznaky jsou tělesného a psychického rázu, zhoršují se večer (Pecinová, 2011). Delirantní stav se rozvine asi u 5 % pacientů s prostým odvykacím stavem. Ke vzniku delirantního stavu může přispívat somatická problematika (selhávání jater, infekce, krvácení do trávicího traktu, trauma hlavy, hypoglykémie, elektrolytová dysbalance nebo pooperační stav (Pilch, 2011).

Závažnost deliria se hodnotí dle hladiny alkoholu v krvi, při které se objevuje predelirantní stav. Pokud se rozvine už u 1 až 1,5 promile (1-1,5 g/l), objeví se třes a pocení, tak je vysoké riziko epileptického záchvatu či deliria a je nutné zahájit léčbu ještě před vystřízlivěním pacienta. Po počátečních příznacích většinou přichází zrakové halucinace, dezorientace místem a časem (Pecinová, 2011).

Příznaky se podle Pilcha (2011) objevují za 24 až 72 hodin po přerušení příjmu alkoholu a trvají přibližně 4 dny, nejvíce se objevují 3. den. Jedná se o příznaky, které mohou přetrvávat měsíce a způsobují časný relaps abúzu. Mezi příznaky přerušení příjmu alkoholu patří nespavost, pocity poklesu energie, změny nálad a další (Kašpárek et al., 2014). Úmrtnost na delirium tremens se pohybuje mezi 5 až 15 %. Velmi důležitou roli hraje právě časná diagnostika a správná léčba deliria a přidružených komplikací (Pilch, 2011). Kašpárek et al. (2014) popsali incidenci deliria u hospitalizovaných pacientů, která se pohybuje okolo 40 %, u populace, která vyžaduje intenzivní péči je to až 60 %.

Pecinová (2011) rozebírá fyzikální vyšetření, při kterém nacházíme ikterus, pavoučkové névy, četné hematomy, dehydrataci nebo otoky, ascites, malnutrici a příznaky polyneuropatie. Důležité je zaměřit se na známky úrazu hlavy, sledovat stav

vědomí, zápach z dechu, hydrataci, kožní změny, krvácivé projevy, stav dýchání a oběhu, musí být vyloučena NPB, dále retenci moči a melénu. Z dalších vyšetření je to hlavně neurologické vyšetření. U pacientů s podezřením na delirium se provádí laboratorní vyšetření. Především základní hematologické a biochemické vyšetření krve a toxikologické vyšetření moče. Ideální je doplnění o EKG, RTG srdce a plic, při podezření na úraz hlavy se zhotoví CT vyšetření. V rámci diagnostiky Kašpárek et al. (2014) upozorňuje, jak je důležité přemýšlet nad dalšími příznaky deliria. V anamnéze se ptáme na pravidelný abúzus psychoaktivních látek, po rizikové medikaci, po závažných somatických nemocech a po přítomnosti premorbidní kognitivní poruchy. Dobiášová a Hnilicová (2018) doplňují, že pacienti, kteří nadměrně konzumují alkohol jsou nejnáročnější pro ošetrovatelskou péči.

1.3 Etiopatogeneze, Klinický obraz

Krombholz (2015) rozdělil delirium do tří skupin podle příčiny: intrakraniální, extrakraniální a primární psychická deliria. Do skupiny intrakraniálního deliria patří stavy a organické změny, které přímo souvisejí s CNS. Deliria z extrakraniální příčiny jsou stavy a organické změny systémové, které sekundárně vyvolávají dysfunkci CNS, např.: farmakologicky navozená deliria nebo toxicky vyvolaná deliria. Do poslední skupiny jsou zařazena primárně psychická deliria, která se rozvíjejí v důsledku neorganických psychických poruch. Kašpárek et al. (2014) řadí delirium mezi přechodné kognitivní poruchy. Je přítomna kvalitativní porucha vědomí s poruchou pozornosti, rychlý rozvoj a kolísavý průběh. Další příznaky zahrnují změny psychomotoriky (agitovanost i útlum), poruchy vnímání (iluze, halucinace), dezorganizaci myšlení, nesystemizované prchavé bludy (mohou přetrvat do lucidního intervalu), poruchy spánku (denní spavost, noční hypervigilita), poruchy emocí. Češka (2015) udává, že delirium vzniká jako akutní, nespecifická a celková reakce mozku na různé škodliviny nebo jejich kombinaci. Delirium je vyvoláno narušením několika fyziologických mechanismů. Patofyziologickým podkladem pro delirium je podle Bartůňka et al. (2016) dysbalance v syntéze a v inaktivaci neurotransmiterů CNS. Češka (2015) informuje, že podkladem pro delirium je generalizovaná dysfunkce kortikálních a subkortikálních neuronů. Vede to k celkové dysfunkci, která se projevuje psychiatrickými, neurologickými a somatickými příznaky. Delirium vzniká kvůli narušení oxidačních mechanismů, energetického metabolismu a vnitřního prostředí (minerálová dysbalance, osmolarity, ABR, a další). Klempíř a Uhrová (2011) označili jako první příznaky deliria somatické onemocnění u starších osob. Delirium se také vyskytuje při terminálních stavech, kdy v

posledním týdnem života se objevuje až u 85 % všech nemocných. Mezi základní rizikové faktory pojící se se vznikem deliria patří podle Černé Pařízkové (2019) preexistující demence, arteriální hypertenze, alkoholismus a závažnost kritického stavu. Klempíř a Uhrová (2011) popisují potenciálně ovlivnitelné faktory v tabulce 2. Nejčastěji se objevuje hypoaktivní delirium, je spojené s narůstající morbiditou terminálního stavu je ukazatelem blížící se smrti. Prohlubuje distres pacientů, rodinných příslušníků i personálu. Zároveň komplikuje rozpoznání dalších somatických a psychických příznaků, za které se schovává i bolest. U dětí a adolescentů je delirium zapříčiněno infekcemi, intoxikací léky, závažnými traumaty hlavy a autoimunitními onemocněními. U neurologických pacientů je delirium způsobeno demencí u Alzheimerovi, Parkinsonovy nebo Huntingtonovy nemoci a další. Delirium může být způsobeno i běžnými farmaky. Delirium u CMP se vyskytuje častěji u hemoragického typu. Delirium nebo jiné změny chování mohou být jediným projevem neuroinfekce u starších osob s nízkou imunitou. Po epileptickém záchvatu se delirium vyskytuje velmi často, ale rychle vymizí. V případě vleklého deliria je nutné vyloučit další možné příčiny než epilepsii. Tento druh deliria se vyskytuje u dlouhotrvajícího záchvatu s tonicko-klonickými křečemi nebo opakujícím se parciálním záchvatem (Klempíř, Uhrová, 2011). Epilepsie může být způsobena traumatem nebo abstinčním příznakem při abstinenci alkoholu či drog (Seidl, 2015).

Delirium může mít své komplikace, které zapříčiní prodloužení hospitalizace, zvyšují mortalitu i morbiditu. Delirium může přejít až do kómatu nebo v další organické psychické poruchy, jako je např.: demence, poruchy osobnosti, afektivní a kognitivní poruchy. Nejvíce frekventované komplikace jsou: pády z lůžka a následné úrazy, narušení lékařské péče na JIP agitovaností (odstranění katétrů, extubace a jiné), mezi komplikace interního charakteru patří aspirační pneumonie, zástava dechu, srdeční arytmie a jiné. Delirantní pacienti se často pokoušejí o útěk, který se následně kombinuje s úrazem nebo se suicidálními pokusy (Hovorka, Praško, 2014).

1.3 Diagnostika

Pro diagnostiku deliria je důležité vůbec nad onemocněním přemýšlet (Hovorka, Praško, 2014). Vyšetření delirantního pacienta by mělo zahrnovat pečlivou anamnézu, informace o změnách kognitivních funkcí, změny soběstačnosti, depresivní syndrom, celkové klinické vyšetření. Důležité je vzít na vědomí variantu retence moči, konstipace a bolest. Dalším důležitým aspektem diagnostiky deliria je neurologické vyšetření, stav smyslu, ale také kontrola a redukce medikace (opiáty, benzodiazepiny, antipsychotika, spasmolytika, antiepileptika a další). Mezi pomocná vyšetření lze zařadit základní

laboratorní vyšetření, metabolismus kalcia, funkce štítné žlázy, saturaci kyslíku. Z radiologických vyšetření je to RTG hrudníku, CT mozku (Holmerová, 2017). V anamnéze pátráme po akutním počátku, kolísání v čase a přítomnosti interkurentního onemocnění. Po vysazení alkoholu nebo jiných návykových látkách, po změnách v prostředí. Na posouzení kognitivního stavu pacienta je vhodné využít krátké testy nebo cílené dotazy, které budou zaměřené na pozornost a krátkodobou paměť. Nedoporučují se neuropsychologická vyšetření. Posouzení kognitivních funkcí je důležité provádět po odeznění deliria. Diagnostická kritéria dle MKN-10 jsou uvedena v tabulce 1. Do diferenciální diagnostiky patří akutní přechodné psychotické poruchy, schizofrenie a poruchy nálad, u kterých je přítomna také zmatenost (Klempíř, Uhrová, 2011).

Seidl (2015) popisuje vyšetření pacienta s poruchou vědomí. Poruchy vědomí rozděluje na kvalitativní a kvantitativní. Delirium se řadí mezi kvalitativní poruchy vědomí. Vyšetření pacienta s poruchou vědomí je náročnější vzhledem k omezené spolupráci. První z hodnocených parametrů je zhodnocení a zajištění vitálních funkcí. Důležité je sbírání všech anamnestických údajů, včetně informací od rodiny a příbuzných pacienta, také zjištění situace, která vedla k současnému stavu. Pokud informace nemáme je důležité vyloučit trauma, metabolický rozvrat, intoxikaci nebo diabetes. Diagnostika se rozděluje na symptomatickou a etiologickou část. Symptomatická diagnostika se opírá o příznaky, které popisují předchozí kapitoly. Doporučuje se průběžné sledování psychického stavu pacientů. Hlavně vzhledem k vysokému výskytu hypoaktivní formy deliria. Při podezření je vždy vhodná konzultace lékařem, ideálně psychiatrické vyšetření a etiologická diagnostika. Etiologická diagnostika se řídí příčinami extrakraniálními a intrakraniálními (Hovorka, Praško, 2014).

Komplexní klinické i somatické vyšetření zahrnuje interní a neurologické vyšetření. Z interního je to poslech plic, měření teploty, tlaku a EKG, neurologické se zaměřuje na ložiskový nález nebo meningeální syndrom. Důležité je sledování zevních známek poranění hlavy, vpichů po aplikaci léků či návykových látek, vyšetření očního pozadí. Další je hlídání přidružených příznaků. Druhým krokem vyšetření je objektivní anamnéza, která se získá od doprovodu, příbuzných, ošetřujícího praktického lékaře nebo z dokumentace (Hovorka, Praško, 2014). Ressler et al. (2011) doplňují důležitost zjištění, kdy pacient do deliria přešel. Dále se zaměříme na zjišťování subjektivní anamnézy od pacienta. Subjektivní anamnézu silně ovlivňuje stav, ve kterém se pacient právě pohybuje. Součástí by mělo být i psychiatrické vyšetření, které se zaměřuje na vigilitu, orientaci, pozornost, krátkodobou i bezprostřední paměť, poznávání známých předmětů,

poruchy vnímání a myšlení, psychomotorické tempo. Rozhovor s psychiatrem by měl patřit klidný tón, porozumění nemocnému, prostor pro pacientovo spontánní vyjádření, faktické otázky (Hovorka, Praško, 2014). Ressler et al. (2011) upozorňují, že je důležité zjistit jakými dalšími chorobami pacient trpí, jaké léky užívá, jestli nemá diabetes, astma nebo jiné onemocnění nebo zda se nejednalo o suicidální pokus a pokud ano jestli byl první. Může se jednat i o stav po operačním zákroku, v takovém případě zjišťujeme o jaký výkon šlo, jak dlouhá byla anestezie.

Pokud není ze základního klinického vyšetření jasné prokázání deliria, provádí se laboratorní vyšetření (Hovorka, Praško, 2014). Základní laboratorní vyšetření obsahuje vyšetření klinického obrazu, biochemické vyšetření, včetně iontů (Ressler et al., 2011). Významné je toxikologické vyšetření jako doplnění základního vyšetření (Hovorka, Praško, 2014). Pokud základní vyšetření nestačí provádí se doplňující vyšetření na krevní plyny, hemokultury, amoniak v séru, podrobnější vyšetření jaterních funkcí, amylázy v moči a séru, fT4, TSH, sérový kortizol, antinukleární faktor, sérová hladina B12 a kyseliny listové, TPHA, HIV protilátky, osmolalita séra a moči, také vyšetření moči na těžké kovy, porfobilinogen, metabolity katecholaminů (Ressler et al., 2011). Základní biochemické vyšetření krve se provádí u každého pacienta, který je přijat k hospitalizaci. Pokud se nabírá iontogram, sledují se hodnoty sodíku, draslíku, kalcia, magnezia a další. Indikace pro vyšetření minerálu, které by mělo být opakované je dehydratace, zvracení, pocení, onemocnění ledvin, třes, křeče a další. Jak již bylo napsáno dříve nabírají se též jaterní testy, které hodnotí záněty, cirhózu či nádory (Nejedlá, 2015). Toxikologické vyšetření zkoumá působení jedů na lidský organismus, hlavně alkoholu, drog a jiných látek. K toxikologickému vyšetření je potřeba moč, krev nebo i zvratky (Spektrum zdraví, 2017).

Zobrazovací metody

Zobrazovací metody mozku promítnou strukturální změny, ne etiologii deliria, ale může ukázat rizikovost a predispozice pacienta. U starších pacientů může zobrazovací vyšetření mozku ukázat kortikální atrofii, subkortikální atrofii s rozšířením komorového systému, atrofii struktur šedé hmoty u delirantních pacientů. Metoda, která by mohla pomoci zobrazit funkční stav cholinergních receptorů a dopaminergních systému se nazývá SPECT nebo PET (Ressler et al., 2011). Indikací pro PET vyšetření je předpoklad patologického procesu, který nemá jasnou příčinu, dále také nádory a zánětlivé procesy. PET vyšetření pracuje na principu pozitronového zářiče. SPECT vyšetření předchází podání radioaktivní látky, díky které získáme informace o funkci tkáně. Radiofarmakum

se uloží v místě vaskularizace nebo tam, kde probíhá zvýšený metabolismus (Seidl, 2015). CT vyšetření je důležité a neodkladné, pokud máme podezření intrakraniální lézi (kontuze mozku, SAK, SDH, EDH, CMP, hydrocefalus, mozkový absces). Lumbální punkce je indikována u pacientů s podezřením na meningitidu, SAK nebo meningoencefalitidu. EEG vyšetření se provádí u nekonvulzivních epileptických stavů (NCSE). EEG může fungovat i jako podpůrná diagnostická metoda nebo může pomoci při diagnostice postiktálních stavů zmatenosti u epilepsie (Hovorka, Praško, 2014).

1.5 Léčba

1.5.1 Nefarmakologická opatření

Marková et al. (2006) upozornila na faktory zvyšující napětí pacienta při vstupu do zdravotnického zařízení, jsou uvedené v tabulce 4. Léčba pacienta v deliriu zahrnuje komplexní somatickou a ošetrovatelskou péči. Většinou je nutná korekce vnitřního prostředí, mineralogram, vodní hospodářství, kompenzaci hepatálních, renálních a kardiálních onemocnění. Důležitou roli hraje také zkorigování hyperaktivity, nestability a kompenzace chronického deficitu thiaminu a cyankobalaminu (Kašpárek et al., 2014). Hovorka a Praško (2014) doplňují, že u delirantních pacientů se zaměříme též na léčbu úzkosti, deprese a sledování vitálních funkcí. Doporučuje se podávání laxativ v rámci prevence negativních důsledků při zvýšené hladině amoniaku v krvi. Laxativa usnadňují detoxikaci střeva. Potřebná jsou i preventivní opatření zabráňující epileptickým záchvatům. Holmerová (2017) upozorňuje na důležitost informování rodiny pacienta.

Podle Hovorky a Praška (2014) závisí délka deliria na vyvolávající příčině a celkovém stavu pacienta. Obvykle dojde k uzdravení během 1 až 4 týdnů. Prognóza je proměnlivá. K plnému uzdravení dochází spíše u mladších a zdravích pacientů. Až ve 30 % případů delirium vyústí v kóma a smrt. Existuje i varianta částečného uzdravení, která je spojena s mozkovým postižením, neurologickými deficity, epilepsií, organickými psychickými poruchami (demence). Jako základní princip léčby deliria označil Bartůněk et al. (2016) nefarmakologická opatření. Pacienta ukládáme do klidného prostředí, dbá se na pravidelný rytmus spánku a bdění, snažíme se odstranit co nejvíce rušivých faktorů – svody, katétry atd. Kladný vliv na stav pacienta v deliriu má rodina, doporučují se návštěvy. Dalším principem je úprava medikace a to hlavně při polypragmázii. Holmerová (2017) udává, že podle studií využívání antipsychotik v rámci prevence není doporučeno, nebyla prokázána pozitivita. V rámci léčebných opatření sledujeme možnou hypoxii, srdeční selhání a hypoperfuzi mozku. U delirantních pacientů musíme sledovat

známky infekce a věnovat se její léčbě. Také se věnujeme úpravě medikace a kompenzaci smyslových poruch (funkční brýle, naslouchátka).

Léčbu zahajujeme na podkladě diagnostiky. Z nefarmakologických intervencí do léčby řadíme úpravu enviromentálních podmínek. Prostředí by mělo být bezpečné a pomáhat ke zklidnění nemocného. Mělo by být klidné, ideálně jednolůžkový pokoj, pravidelné kontroly i několikrát za hodinu, minimalizace okolního hluku, slabé noční osvětlení, které pomáhá orientaci, informace o místě, čase a situaci, časté návštěvy rodiny a příbuzných, ukázky známých předmětů, fotek, korekce smyslových vad. Restriktivní opatření zahajujeme pouze v krajní nouzi, vždy jen na dobu nezbytně nutnou s aktivním dohledem. Stresující okolnosti tlumíme farmakologicky (bolest, úzkost atd.) (Hovorka, Praško, 2014).

1.5.2 Farmakologická léčba

Krombholz (2015) popisuje symptomatickou a podpůrnou léčbu, která se opírá o aplikaci sedativní medikace. Upřednostnit bychom měli atypická antipsychotika, haloperidol zůstává jako jedna z možností. Při zlepšování stavu je důležité snižování dávek. Hovorka a Praško (2014) doplňují, že symptomatická léčba se využívá u agitovanosti a neklidu, protože může vyústit v agresivní chování a pacient může být nebezpečný sobě i svému okolí. Léčbu je nutné včas zahájit a nastavit ji podle celkového stavu pacienta. Předčasné ukončení léčby způsobuje recidivy do 24 hodin. Farmaka využívaná k léčbě jsou antipsychotika, benzodiazepiny a klomethiazol. Krombholz (2015) označil jako lék první volby tiaprid, pokud jsou pacienti neklidní, ale nemají psychotické příznaky. Pokud tiaprid nezabere nebo je dále pacient neklidný a objevují se psychotické projevy nasazuje se melperon v kombinaci s tiapridem. Když je i melperon nedostatečný doporučuje se přejít na atypická psychotika (quetinapin, risperidon, olanzapin a jiné). Nízký účinek antipsychotika se může nahradit jiným prostředkem stejné skupiny. Pokud selžou všechny výše popsány varianty na řadu přichází haloperidol nebo benzodiazepin. Doporučené dávkování je popsáno v tabulce 5.

Černá Pařízková (2019) udává, že analgosedace pacientů hospitalizovaných na JIP je základní léčebně preventivní opatření. Pro sedaci se více doporučuje dexmedetomidin než benzodiazepiny. Podle studie se ukázalo, že by mělo mít pozitivní vliv podání ketaminu s úvodem do anestezie na kognitivní dysfunkce. Zahájení sedace by měla předcházet analgezie. Na JIP a v chirurgických oborech se často využívají opiáty v rámci analgezie. Ta by měla být nastavená individuálně vzhledem k velkému množství nežádoucích účinků opioidů. Doporučuje se opioidy nahradit neopioidními analgetiky

(paracetamol, nesteroidní analgetika). V rámci chirurgických oborů je ideální regionální anestezie, ketamin, na neurologické bolesti gabapentin či pregabalin. Sledování bolesti vede k lepším výsledkům a ke snížení doby hospitalizace na JIP. Hovorka a Praško (2014) upozorňují, že pokud podáváme haloperidol v infuzi musíme sledovat EKG, hypokalémie, hypomagnézii, bradykardii, preexistující kardiální poruchy a lékové interakce. Podávání tiapridu je vhodné i u starších pacientů. Z benzodiazepinů upřednostňujeme midazolam nebo lorazepam, tedy léky s kratší dobou účinku. Benzodiazepiny se používají u abstinenčního deliria při užívání alkoholu, sedativ nebo hypnotik, využívají se také při léčbě akutních nebo symptomatických epileptických záchvatů. Terapie pouze benzodiazepiny není doporučována, vzhledem k tomu, že nepůsobí na extrémní agitovanost, halucinace a bludy.

U deliria, které je spojené s alkoholem je důležité doplnit vitamin B₁ (thiamin), minerály, glukózu a tekutiny. Ke snížení neklidu se podává klomethiazol, který v maximální dávce dosahuje až 24 kapslí za den, neměl by se však podávat déle než 10 dní, protože vzniká na něm závislost. Využívá se i u organických delirií (Hovorka, Praško, 2014).

1.6 Management práce sestry

Akutní zmatenost se v ošetrovatelském procesu vyskytuje často jako neuropsychiatrická komplikace u hospitalizovaných jedinců ve vyšším věku. Ošetrovatelství již od roku 1994 používá termín Akutní zmatenost podle NANDA taxonomie II, naopak medicína stejný stav nazývá deliriem (Vörösová et al., 2015). Mezi znaky pro stanovení ošetrovatelské diagnózy „Akutní zmatenost“ (00128) patří nedostatek motivace k cílevědomému a účelnému chování, nestabilní psychomotorická aktivita, nestabilní úroveň vědomí a vnímání, neklid, narušení spánkového cyklu, halucinace (Ralphová et al., 2005). Pro vhodnou implementaci opatření pro léčbu delirantních pacientů je nutná spolupráce multidisciplinárního týmu, hlavní roli hraje lékař, který rozhoduje o diagnostice, procedurách a terapeutických opatřeních, další důležitá je role sestry, která zařizuje komplexní ošetrovatelský proces se zajištěním potřeb pacienta (Holmerová, 2017). Delirium často vede k imobilizaci, terapeutickému omezení v lůžku a je nutná intenzivní ošetrovatelská péče (Kašpárek et al., 2014).

Je důležité vytvoření terapeutického vztahu a důvěry, jak s pacientem, tak s jeho rodinou. Ideální jsou opakovaná poučení, vysvětlování a ujišťování. Využívání vstřícné a srozumitelné komunikace. Dalším aspektem pro kvalitní léčbu deliria je vytvoření stabilního prostředí. Pacienta bychom neměli přesouvat, neprovádět výkony, které nejsou

nutné. Orientaci pacienta můžeme podporovat těmito způsoby: adekvátní osvětlení, viditelné hodiny, trvalý kontakt, trpělivost při jednání, ale i při zodpovídání dotazů, zavedení psychosociálních intervencí (čtení), kontakt s blízkými osobami a zapojení rodiny do péče. Zajišťujeme péči o vyprazdňování a využíváme opatření, které fungují jako prevence zácpy. Pozor si musíme dát na prevenci imobilizace, tzn. včasná mobilizace po operačním výkonu, používání pomůcek k vertikalizaci. Pravidelně kontrolujeme bolest s využitím škál, opakovaných dotazů, sledujeme neverbální projevy u pacientů s omezenou komunikací, zahajujeme včasnou a adekvátní léčbu bolesti (Holmerová, 2017). Snažíme se u pacientů navodit pocit bezpečí a zklidnit je, nevyvracíme bludy ani halucinace (Hovorka, Praško, 2014). U pacientů zajistíme dostatečnou výživu a hydrataci dopomáháme při jídle i pití, sledujeme příjem a výdej tekutin, zařídíme vhodnou formu a způsob podání stravy. Podporujeme přirozený spánkový rytmus (Holmerová, 2017). K pacientovi s poruchou vědomí přistupujeme stejně jako k plně vnímajícímu jedinci. Pokud to pacientův stav dovoluje umožníme mu změny polohy. Pacientům, kteří požadují navození nočního režimu přes den bychom neměli vyhovět, aby nedocházelo k narušení cirkadiálního rytmu. Na podporu cirkadiálního rytmu je vhodné přes den vynechání sedace a buzení pacienta do plného kontaktu, nesmí se jednat o motoricky aktivního pacienty nebo pacienty s epileptickými záchvaty, nitrolební hypertenzí, alkoholika nebo např. pacienti s ICHS (Hovorka, Praško, 2014).

Pro diagnostiku akutní zmatenosti hledáme společné znaky s poruchami vědomí. Myšlení u delirantního nemocného ztrácí souvislost, řeč nedává smysl, vnímání reality je narušené. To se projevuje poruchou chování, iluzemi a halucinacemi. Nemocný může mít problém s popsáním známých předmětů, se psaním i vyjádřením se. Pacienti si neuvědomují vhodnost či nevhodnost společenského chování. Nastává i ztráta koncentrace, nedokáží se soustředit. Hlavním problémem v rámci ošetřování je narušení cyklu spánek-bdění. Dalším příznakem je změna psychomotorického tempa, nemocný je více agitovaný nebo naopak se dostává do stavu snížené aktivity. Nemocný má velké problémy v orientaci, hlavně v čase nebo i ve vlastní osobě. Poruchy vnímání se objevují především na straně vizuální a taktilní. Pacienti mají halucinace někdy i bludy (Vörösová et al., 2015). Hovorka a Praško (2014) doporučují v rámci diagnostiky škály vhodné pro sestry a ošetrovatelský personál. Tyto škály se nazývají CAM (Confusion Assessment Method), ICDSCH (Intenzive Care Delirium Screening Checklist, DOSS (Delirium Observation Screening Scale), DRS (Delirium Rating Scale). Podle Bartůňka et al. (2016)

je Glasgow Coma Scale nejvyžívanější škálou pro hodnocení stavu vědomí a sledování změn, výsledné hodnoty se pohybují od 3 do 15, kdy hodnota 15 je plné vědomí a 3 těžké bezvědomí, hodnoty pod 8 vyžadují zajištění dýchacích cest. Hodnoceny jsou 3 oblasti, otevření očí, verbální odpověď a motorická odpověď.

Péče po prodělaném deliriu zahrnuje psychoterapii, edukaci pacienta i rodiny. Důležité je, aby pacient rozuměl tomu, co se dělo a neměl pocity vinný či znehodnocení. Nemocnému se musí vysvětlit, co zapříčinilo jeho stav, jaké to mělo příznaky i jeho zážitky z prodělaného deliria. Rodinu pacienta zapojujeme do péče již při probíhajícím deliriu (Hovorka, Praško, 2014). Vörösová et al. (2015) popsala ošetrovatelský management akutní zmatenosti v pěti krocích. Jako první posuzování anamnestických údajů, kdy musíme dát dohromady všechny možné informace. Chování budeme sledovat pokud objevíme chronickou kognitivní poruchu (výskyt demence v rodině, potíže v poslední době), existuje riziko hypoxie, dehydratace (hypovolemie), metabolicko-toxická rizika (nemocný má diagnostikované onemocnění jater nebo ledvin) nebo rizika spojená s výživou (BMI pod 20, ztráta tělesné hmotnosti o 10% nebo 5 kg. Ve druhém kroku stanovujeme ošetrovatelskou diagnózu, rizikové faktory akutní zmatenosti a stimuly, dezorientace a neklid. Třetí krok zahrnuje stanovení krátkodobých a dlouhodobých cílů. V dalším kroku vytváříme intervence (úprava prostředí pro pacienta). V posledním kroku dochází k vyhodnocení celého procesu.

1.6.1 Hodnotící škály

Grover a Kate (2012) udávají, že v průběhu let bylo navrženo mnoho škál pro screening, diagnostiku a hodnocení závažnosti deliria. Jako nejvhodnější popisují škálu NEECHAM, kterou doporučují pro pacienty na chirurgických odděleních. Záleží na typu deliria i jeho hodnotiteli. Pro pacienty hospitalizované na jednotkách intenzivní péče byla vyvinuta Richmondova stupnice agitace a sedace (RASS). Jedná se o desetibodovou stupnici, která zahrnuje 4 úrovně úzkosti nebo agitace.

Delirium Rating Scale

Podle Vörösové et al. (2015) se jedná o škálu zaměřenou na posouzení závažnosti deliria, náporu prvotních příznaků, které se týkají halucinací, deziluzí, psychomotorického chování, kognitivního stavu během hodnocení, fyzických zdravotních potíží, narušení spánkového cyklu a lability nálady. Hodnocení je v rozpětí 0 až 32.

Confusion Assessment Method

Pokorná et al. (2013) tuto škálu doporučuje pro pacienty, u kterých je podezření na delirantní stav. Zaměřuje se na akutní počátek, nepozornost, neorganizované myšlení, změny stupně vědomí, dezorientaci, poškození paměti, psychomotorický neklid a další (Vörösová et al., 2015). Mitášová et al. (2010) píše o české verzi škály CAM-ICU, která je zaměřena na hodnocení deliria na jednotce intenzivní péče. Hodnocení může provádět jak sestra, tak lékař a týká se i pacientů na UPV. Doporučeno je měření opakovat. Hodnocení probíhá ve dvou stupních. Jako první se hodnotí stupeň vigility a agitovanosti podle škály The Richmond Agitation and Sedation Scale (RASS). RASS je desetistupňová škála, která hodnotí úroveň bdělosti (vědomí, psychomotorická aktivita, sedace). Normální funkce je hodnocena 0, kladné hodnoty od 1 do 4 dokazují hyperaktivitu. Snížení bdělosti je hodnoceno zápornými body, -1 až -3 se rovná somnolenci, -4 bude mít pacient, který otevře oči a vykoná pohyb na fyzický kontakt, -5 bez reakce. Poslední dvě hodnoty odpovídají hlubší poruše vědomí, takového pacienta nelze dále skórovat pomocí této škály. Druhá úroveň hodnotí vlastní přítomnost deliria. Pozitivitu deliria potvrdí rychlý nástup změny vědomí nebo jeho proměnlivost, porucha pozornosti a změna aktuální úrovně bdělosti nebo porucha myšlení.

Delirium Symptom Interwiev

V této škále se hodnotí sedm oblastí: dezorientace, poruchy vědomí, narušení cyklu spánku/ bdění, nesouvislost projevu, změna psychomotorické aktivity, kolísavé chování a poruchy vnímání. Hodnocení probíhá v rámci rozhovoru, který trvá 10-15 minut (De, Wand, 2015).

Clinical Assessment of Confusion (CAC)

Škála sleduje poznávání, chování, pohybovou aktivitu, orientaci a psychotické nebo neurotické chování. Tyto varianty zahrnuje část CAC-A. Rozšiřující verze CAC-B doplňuje do pozorování stupeň vědomí, chování, bezpečnost pacienta, způsob spolupráce v běžných denních aktivitách a řeč (Vörösová et al., 2015)

Delirium index

Jedná se o parametr, který stanovuje intenzitu a závažnost deliria. K hodnocení využívá sedmipoložkový dotazník (Vörösová et al., 2015). Adamis et al. (2010) ve své tabulce popisuje sedm sledovaných oblastí, které jsou poruchy pozornosti, myšlení, vědomí, orientace, paměti, vnímání a psychomotorická aktivita.

Confusional Rating Scale

Jedná se o škálu, která ve čtyřech krocích vyhodnotí poruchy chování, které souvisí s dezorientací, narušenou komunikací, narušením testování situace a s přítomností halucinací a bludů (Vörösová et al., 2015).

NEECHAM

Pokorná et al. (2013) škálu popisují jako vhodnou pro hodnocení stavů akutní zmatenosti. Škálu využívají sestry. Hodnocené oblasti zahrnují kognitivně-behaviorální a fyziologické oblasti. Tato škála má podle Vörösová et al. (2015) tři úrovně. Do první oblasti patří tři aspekty poznávání-pozornost, příkaz a orientace. Hodnotí se od 0 do 14 bodů. Do druhé oblasti spadá hodnocení verbálního a pohybového chování spojené s toxickou nebo metabolickou poruchou. Poslední třetí oblast zahrnuje měření fyziologických funkcí (kyslíková stabilita, kontinence moči 0 až 6 bodů. Pokorná et al. (2013) doporučují škálu spíše pro pacienty s hypoaktivní formou deliria. Vyhodnocení zabere přibližně 10 minut. Skóre se může pohybovat od 0 do 30 bodů, 30 je normální funkce. Od 0 do 24 bodů se jedná o manifestované delirium.

1.6.1 Ošetrovatelská péče o delirantního pacienta, etické problémy

Marková et al. (2014) označila péči o pacienty s deliriem jako velmi náročnou. K takové péči je nutná profesionalita, trpělivost a výborné komunikační dovednosti. Další nutností, kterou péče o pacienty přináší je úcta a respekt, která by měla být vždy zachována. Chování nemocného s deliriem je nepříjemné jak pro ostatní pacienty, tak i pro personál. Takové chování se stává rizikové pro samotného pacienta, hrozí riziko pádu nebo úrazu. Některé projevy i narušují léčbu pacienta-vytahování žilních kanyl, močových cévek, strhávání obvazů a další. Nemocní, kteří do té doby vykazovali známky normálního chování se mohou bránit a agresivně jednat i při obyčejné hygieně. Objevuje se verbální agrese i fyzické napadání (Marková et al., 2014). Britská studie ukázala, že agresivní chování pacientů bylo u 69 případů z 375 vyprovokováno zdravotními pracovníky, kteří dělali s pacientem to, co si nepřál nebo tomu nerozuměl. Dalšímu důvodem agrese či nepřátelského chování bylo maření pacientových záměrů nebo nátlak při poskytování péče. Často se u pacientů objevil abúzus alkoholu, psychoaktivní látky nebo kognitivní poruchy. Statistiky ministerstva zdravotnictví poukazují na nárůst o 7 tisíc od roku 2005 do roku 2010. Násilí se objevuje ve všech typech nemocnic a zdravotníci jsou vystaveni riziku agrese. Násilí se častěji objevuje u mladších pacientů. Dalším faktorem přispívajícím k násilí je anamnéza zneužívání v dětství (Látalová, 2013). Agresivní chování Zacharová (2016) popisuje jako způsob, kterým jeden člověk druhému vnucuje svoje myšlenky a dožaduje se jejich přijetí, čímž jsou porušena práva

druhé osoby. Agresivní chování má negativní důsledek na chování a komunikaci mezi jedinci. Nejvíce frekventovaným problémem a nedostatkem je komunikace. Pacient nemusí mít dostatek informací o léčbě nebo prevenci. Další problémy způsobují nesrozumitelné informace, zlehčování pacientových problémů, ponižování, hrubost nebo až vulgárnost, nerespektování studu, bolesti a hlavně vlastního názoru pacienta. Velký problém pro komunikaci přináší čas a velké zatížení personálu. Honzák (1999) sepsal doporučení pro dodržování pravidel komunikace a chování pro lékaře a sestry. Doporučení jsou v tabulce č. 6. V péči o pacienta je zásadní zachovat vlídný a trpělivý přístup, laskavá komunikace snižuje úzkost a agitovanost. Opakované vysvětlení pomohou pacientovi v orientaci. Pro pacienta, který právě prodělává delirium by bylo ideální mít svého vlastního pečovatele, který na něj bude verbálně i neverbálně působit, bude usměrňovat jeho aktivitu a zajišťovat bezpečnost. Doporučuje se co největší zapojení rodiny do péče, pokud je to možné (Marková et al., 2014).

Úspěšná verbální komunikace

V jednoduchosti je krása, a to platí i pro komunikaci. Pokud chceme dosáhnout dobrého výsledku v rámci komunikace naše sdělení musí být stručné a jasné. Slovní zásoba je jednoduchá, srozumitelná. Hned v úvodu se zaměřujeme na porozumění (Mahrová, Venglářová, 2006). Kvalitní komunikace zlepšuje trvání, úspěšnost a nákladnost léčby (Křivková, Tomová, 2016). Slovní zásoba zdravotníků je často veřejností nepochopena. Stručnost informace působí na pacienta profesionálně oproti zdoluhavým větám a zbytečným oklikám. Po stručném sdělení je nutné dát možnost pro dotazy. Stručnost nesmí být omezena v ohledu na srozumitelnost. Zkratky nejsou vhodné, protože mohou vést k nepochopení. Neverbální forma komunikace působí i na verbální. Problém se může objevit u dvousmyslných výrazů, velkých zobecnění nebo u osobních názorů. Rozhovor s pacientem ovlivňuje také správné načasování, hlavně když se jedná o závažné téma. V takové situaci je ideální mít na sdělení klid, soukromí a dostatek času (Mahrová, Venglářová, 2006).

Pro kvalitní komunikaci jsou důležité také komunikační dovednosti, které zahrnují naslouchání. Naslouchání znamená, že slyšíme, ale i chápeme a rozumíme. Vytváříme podmínky k dalšímu rozhovoru, dáváme najevo ochotu pomoci. Pacienta podporujeme v projevu, aby neměl pocit, že mluví do prázdna. Motivovat pacienta k rozhovoru můžeme několika způsoby. Rezonance je druh zpětné vazby, spočívá v tom, že sestra nebo jiný pracovník zopakuje to, co pacient řekl. Reflexe-snaha o pochopení širšího myšlenkového celku a pokus o zformulování vlastními slovy. Sumarizace je vytvoření

přehledu z rozsáhlého sdělení. Povzbuzování v rozvíjení komunikace. Empatie. Mlčení také patří do komunikace, dává nám prostor přemýšlet, čím v komunikaci pokračovat (Mahrová, Venglářová, 2006).

Komunikace s pacientem na JIP

Sdělování špatných zpráv by mělo být úkolem ošetřujícího lékaře a často tomu tak je. Právě ošetřující lékař rozhodne o tom, jak a v jakém rozsahu bude pacient o svém stavu informován. Sestra se často v rámci komunikace dostává do špatné situace, protože ne vždy je množství informací pro pacienta dostatečné a sestra je tím, s kým přijde pacient do největšího kontaktu a většinou má se sestrou důvěrnější vztah než s lékařem. Pro sestru se v tuto chvíli objevuje otázka, zda-li může porušit mlčení lékaře a pacienta informovat alespoň částečně. V tuto chvíli bojují sestry s další otázkou, kterou je jestli to nemůže pacienta ještě více poškodit a pokud se dostaví negativní reakce, zda bude sestra schopna na sebe vzít odpovědnost za svůj čin. Správný postup by měl být takový, že se sestra bude snažit zjistit, proč lékař nechce pacienta informovat. Lékař se mohl přiklonit k přístupu milosrdné lži, ale tento přístup má mnoho odpůrců, protože nikdy nemůžeme vědět, zda lež pacientovi neublíží ještě víc (Heřmanová et al. 2012). Krivková a Tomová (2016) popisují faktory, které ovlivňují úroveň komunikace s pacientem na jednotce intenzivní péče. Tyto faktory dělí do čtyř skupin: kognitivní schopnosti pacienta, psychická stránka pacienta, fyzická stránka a vůle a motivace pacienta. Kognitivní schopnosti úzce souvisí s onemocněním a podávanými léky. Pokud chceme s pacientem komunikovat měli by jsme si uvědomit, že může mít problémy s dechem, tedy zaměřit se na dechovou podporu, svalovou sílu, únavu, farmakologickou sedaci a také omezení komunikace při zavedené endotracheální rource či UPV. Pacientovu komunikaci také může ovlivnit bolest či diskomfort, který prožívá. V rámci vůle a motivace je důležitá snaha ošetřovatelského personálu a zapojení rodiny pacienta. Zásady komunikace s pacientem se zajištěnými dýchacími cestami jsou popsány v tabulce 7.

1.6.2 Omezovací prostředky

Omezovací prostředky spadají do zákona č. 372/2011 Sb., O zdravotnických službách a podmínkách jejich poskytování. Omezení volného pohybu pacienta se využívá pro odvrácení hrozby bezprostředního ohrožení života, zdraví či bezpečnosti pacienta nebo jiných osob. Toto opatření je nutné využít pouze na dobu nezbytně nutnou. MZ doporučuje pro lůžková zařízení, která využívají omezovací prostředky vypracovat plán péče při rizikové situaci (Věstník MZ, 2018). Omezovací prostředky dělí Dohnalová (2011) na terapeutické a preventivní. Tyto prostředky se používají pro omezení volného

pohybu a jednání pacienta. Omezovací prostředky zahrnují pobyt na uzavřeném oddělení bez souhlasu nemocného, umístění v síťovém lůžku, v izolační místnosti nebo připoutání k lůžku pomocí pásů či parenterální podání psychofarmak. Tyto prostředky je vhodné použít pouze v krajních případech, tedy pokud jsou již ostatní možnosti vyčerpány. Pro použití omezovacích prostředků je nutné mít důvod. Důvodem může být bezprostřední ohrožení pacienta a jeho stavu. Využívání kurtů pro omezení pacienta je více závažné než omezování pacienta v síťovém lůžku (Lukasová, 2019).

Omezovací prostředky nesmí být využívány jako preventivní či sankční opatření. Výběr omezovacího prostředku musí být přiměřený hrozícímu nebezpečí. Prostředek smí být využit při ohrožení bezpečí pacienta nebo jiné osoby. K omezení pacienta přistoupíme, pokud byl neúspěšně použit mírnější postup, např.: slovní intervence, úprava prostředí nebo nabídnutí psychofarmaka či jiného přípravku za účelem zklidnění pacienta, za předpokladu, že s tím souhlasí. Výjimkou je situace, kdy použití mírnějšího postupu nevedlo k dosažení účelu. Jako omezovací prostředek lze využít: úchop zdravotnickými pracovníky nebo osobami k tomu určenými, omezení ochrannými pásy nebo kurty, umístění pacienta do síťového lůžka (ne u záchytné služby), umístění pacienta do místnosti, která je určena k bezpečnému pohybu, je nazývána též izolační místností, dále ochranný kabátek či vesta, která omezuje pohyb horních končetin. Psychofarmaka jsou podávána za účelem rychlého zklidnění, ale nejedná se o léčbu na žádost pacienta a jsou podávána parenterálně. Všechny tyto prostředky se mohou kombinovat (Věstník MZ, 2018). Využívání omezovacích prostředků významně zasahuje do lidských práv a důstojnosti člověka, to je důvodem, proč se při aplikaci omezovacích prostředků vychází z dokumentů, které shrnují základní občanská práva a z právnických norem. Jsou definovány stavy, při kterých je možné přistoupit k nedobrovolné hospitalizaci a k využití omezovacích prostředků. Duševně nemocným se věnuje několik dokumentů: Deklarace lidských práv duševně nemocných, Deklarace lidských práv a duševního zdraví a Zásady práv osob trpících duševní poruchou (Dohnalová, 2011).

Po celou dobu omezení musí být pacientovi podle Dohnalové (2011) věnována speciální pozornost a zvýšená ošetrovatelská péče. Hlavně sledování základních životních funkcí v pravidelných intervalech, musí být vedena podrobná zdravotnická dokumentace, ve které bude popsáno kdy byl aplikován omezovací prostředek a všechny provedené ošetrovatelské intervence. Každý zápis do dokumentace musí být opatřen datem, časem a podpisem osoby, která ho provedla. Zápis by měl být čitelný a srozumitelný. Ve Věstníku MZ (2018) je napsáno, že musí být při omezení pacienta dbáno o jeho hydrataci,

stravování, vyprazdňování, hygienu, tepelný a světelný komfort. Hlavně také o prevenci komplikací z omezení. Při využívání omezovacích prostředků nesmí dojít k použití bolestivých hmatů ani žádných nehumánních postupů. Vždy musíme dbát na důstojnost a soukromí pacienta. Pacient by měl být vizuálně oddělen od ostatních pacientů. Omezovací prostředek nevyklučuje možnou návštěvu pacienta.

O použití omezovacího prostředku rozhoduje vždy lékař. Zvolený prostředek musí odpovídat projevům pacienta. Může dojít i k situaci, kdy o rozhodnutí omezovacího prostředku rozhodne zdravotnický pracovník nelékařského povolání a to pouze v situaci, kdy nebude přítomen lékař a v nejbližší možné době bude lékaře informovat o použití omezovacího prostředku. Pacient musí být informován o důvodech omezení a také o tom, co se s ním dál bude dělat. Vhodné je informace o dalších postupech podávat průběžně. O použití omezovacího prostředku poskytovatel informuje pacientova opatrovníka nebo zákonného zástupce, pokud nemá být informována osoba, které se podávají informace o zdravotním stavu pacienta (Věstník MZ, 2018).

Omezovací prostředek musí být použit pouze na dobu, po kterou trvá důvod omezení. Doporučují se 3 hodiny v případě omezení ochrannými pásy nebo kurty, stejně tak při použití kabátku nebo vesty. 12 hodin pro případ místnosti nebo síťového lůžka. Mírné časové odchylky, které souvisí s provozem oddělení jsou možné. Omezení je možné předčasně ukončit. Vyhláška č. 98/2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci uděluje povinnost zápisu do zdravotnické dokumentace při použití omezovacího prostředku. Zápis musí obsahovat indikaci omezení, včetně druhu, důvodu a účelu omezení a stanovení pravidelnosti kontrol i jejich rozsah, dále čas kdy bylo zahájeno použití omezovacího prostředku, záznamy o průběžném hodnocení trvání a zdravotního stavu pacienta, důležité je zaznamenat i případné komplikace. Vždy když provede někdo záznam, ať už to je zdravotník nebo nezdravotník, musí záznam obsahovat jméno, druh omezovacího prostředku, jméno lékaře, který omezovací prostředek indikoval. Pokud se omezovací prostředek začal používat bez přítomnosti lékaře, pak je nutné, aby záznam obsahoval i jméno lékaře, který potvrdil používání prostředku, včetně času kontroly. Jako poslední bod by měl záznam obsahovat informaci o tom, kdo byl informován (zákonný zástupce) o použití omezovacího prostředku pacienta. O použití omezovacího prostředku musí být též veden záznam v centrální evidenci, kterou vede poskytovatel péče, nejpozději do 60 dnů od použití omezovacího prostředku (Věstník MZ, 2018).

2 Cíl práce a výzkumné otázky

2.1 Cíl práce

Cíl 1: Zjistit jaké mají sestry povědomí a zkušenosti s pacienty s akutní zmateností.

Cíl 2: Zjistit, jak působí péče o pacienta s akutní zmateností na psychiku sestry.

Cíl 3: Zjistit, jak má sestra postupovat při péči o pacienta s akutní zmateností.

2.2 Výzkumné otázky

Jaké jsou znalosti sester o pacientech s akutní zmateností?

Jaká jsou specifika péče o pacienty s akutní zmateností?

3 Metodika

3.1 Použitá metodika a technika sběru dat

Pro vypracování diplomové práce bylo vybráno kvalitativní výzkumné šetření. Zvoleny byly dvě výzkumné metody. První použitou metodou je zúčastněné skryté pozorování pacientů s akutní zmateností a sester, které pečují o tyto pacienty. Pozorování sester bylo sestaveno podle poznatků získaných při zpracování teoretické části diplomové práce. Záznamové archy pro pozorování byly vytvořeny podle poznatků získaných při zpracovávání teoretické části diplomové práce. Druhá část výzkumného šetření byla zpracována pomocí polostrukturovaných rozhovorů se sestrami, které se v pracovním prostředí setkávají s nemocnými s akutní zmateností. Otázky k rozhovorům byly vytvořené podle podkladu k diplomové práci. Pro rozhovory se sestrami bylo vytvořeno 14 základních otázek, ke kterým se pojí další podotázky.

Otázky v rozhovorech se zaměřovaly na znalosti sester v oblasti rozdílnosti mezi názvem ošetrovatelské diagnózy „*Akutní zmatenost*“ a lékařské diagnózy „*Delirium*“. K této oblasti se pojila otázka na projevy a příčinu vzniku těchto dvou totožných diagnóz.

Další blok rozhovoru se opíral o znalosti ve způsobech přístupu a intervencí k nemocným s akutní zmateností/ deliriem, kterých je mnoho a zabrali největší část otázek v rozhovoru. V této části rozhovoru jsme se sester také ptali na to, jak pomáhají nemocným s orientací. Jaké praktiky na to využívají a jak často se tomu věnují. S touto oblastí souvisela i část zaměřená na způsob komunikace s nemocnými s akutní zmateností a otázka směřující na zjištění rozdílnosti přístupu k orientovanému a dezorientovanému nemocnému.

V další části jsme se zajímali o znalosti v oblasti hodnocení akutní zmatenosti podle hodnotících škál nebo ošetrovatelských diagnóz, případně zdali se na oddělení něco takového využívá.

Sestavení pozorovacího archu se hodně opíralo a získané teoretické znalosti z tvorby teoretické části diplomové práce. U pacientů s akutní zmateností jsme sledovali příčinu vzniku tohoto stavu, tedy jestli je příčina extrakraniální, intrakraniální nebo primárně psychická. Dále zda je u nemocného přítomna kvalitativní porucha vědomí a pozornosti. Jestli propukla nemoc rychle, má kolísavý průběh a projevuje se změnami psychomotoriky. Mezi další příznaky akutní zmatenosti po kterých jsme pátrali patří: poruchy vnímání- iluze, halucinace, dezorganizace myšlení, poruchy spánku a emocí.

V druhé části pozorování pacientů jsme se zaměřili na rozdílnost aktuální a příjmové diagnózy, rizikové faktory (demence, hypertenze, alkoholismus, závažnost kritického stavu a další), které by mohly u pacienta způsobit akutní zmatenost. Jedním ze sledovaných bodů byla také forma deliria: hypoaktivní, hyperaktivní nebo smíšená.

Pacienti s akutní zmateností si často způsobují komplikace vytahováním permanentních močových katétrů cévních vstupů a dalších, proto jsme se zaměřili i na tuto oblast. U pacientů s akutní zmateností se mají provádět určitá vyšetření, zaměřili jsme se na to, zda bylo provedeno neurologické, interní, psychologické či psychiatrické vyšetření nebo nějaká další, jaké náběry krve se u nemocného provedly a kterými zobrazovacími metodami prošel nebo ho čekají.

Poslední oblast pozorování přinášela několik otázek, které souvisí se stavem pacienta s akutní zmateností. Jestli proběhla redukce či úprava medikace, co stavu předcházelo (úraz, operace, alkohol a jiné). Snažili jsme se také zjistit jestli u nemocného došlo v posledním období k vysazení alkoholu, drog, farmak, ke změnám prostředí či životní události. Tento druh informací jsme se pokusili vyčíst z dokumentace, zjistit od rodiny nebo i od pacienta, pokud to bylo možné. Poslední sledovanou věcí bylo, jestli nebyl nemocný v kómatu a tím nebyla způsobena psychická porucha, která by tento stav mohla imitovat, doprovázet nebo i způsobit.

Při pozorování sester jsme sledovali, jestli ukládají pacienta do klidného prostředí, tedy snaží se mu zajistit pokud možno pokoj bez dalších pacientů, bez zbytečných rušivých elementů, jestli se snaží nemocného přes den aktivizovat a budít, aby docházelo k dodržování rytmu spánku-bdění. Jak k nemocnému přistupují, zdali se ho snaží pravidelně informovat o místě, čase a osobě, ukazují mu známé předměty, zapojují rodinu do péče, dovolují nemocnému využívání jeho kompenzačních pomůcek, snaží se o vytvoření terapeutického vztahu a důvěry.

Další sledovanou oblastí byla základní ošetrovatelská péče, na kterou by sestry neměly zapomínat ani u pacienta, který má akutní zmatenost, hlavně na prevenci imobilizace, infekce, ideální způsob stravování a příjmu tekutin hlavně u pacientů, u kterých je využíváno restriktivní opatření. U využívání restriktivních opatření jsme sledovali, jestli nejsou využívána příliš brzo a zbytečně dlouhou dobu. Jedna z pozorovaných částí zahrnovala sledování možných známek hypoxie, srdečního a ledvinného selhání, tlumení bolesti a úzkosti. Důležité je nemocného nevinit za tento stav, proto jsme se zaměřili na tuto oblast a také na komunikaci s nemocným. Poslední oblast zkoumala využívání hodnotících škál a ošetrovatelských diagnóz pro akutní zmatenost.

Před zahájením výzkumného šetření byly sestaveny žádosti, které byly poslány k hlavním sestřám daných nemocnic. Po schválení byly navštíveny vrchní sestry příslušných chirurgických oddělení a byl domluven další postup. Rozhovory a pozorování byly prováděny tak, aby neomezovaly chod oddělení, práci sester nebo rekonvalescenci pacienty. Všem sestřám bylo před zahájením rozhovoru vysvětleno jaké je téma práce, jaké jsou cíle, jakým způsobem je chceme naplnit a proč se tímto tématem zabýváme. Sestry byly informovány o zachování plné anonymity. Zaměřili jsme se na úrazové, kardiochirurgické a chirurgické oddělení, kde se vyskytuje celá škála pacientů, u kterých se může vyskytovat akutní zmatenost. Rozhovory byly nahrávány a zapisovány písemně, poté byly celé přepsané do počítače v programu Microsoft Word. Z přepsaných rozhovorů byly vybrány 4 kategorie. Odpovědi respondentů jsou v textu značeny přímou řečí. Pozorování sester a pacientů bylo zapisováno do předem připravených záznamových archů, pro sestry ve formě zaškrťování v tabulce a pro pacienty psanou formou.

Výzkumné šetření bylo provedeno v několika nemocnicích v České republice. V nemocnicích bylo navštíveno oddělení úrazové chirurgie standardní oddělení i JIP, kardiochirurgické oddělení JIP a chirurgické oddělení JIP i standardní oddělení a ARO. Při sbírání výzkumu se nám věnovali sestry i lékaři, kteří nám dali cenné informace a rady, které se pro zpracování diplomové práce hodily. Rozhovory a pozorování byly zpracovány technikou kódování, pomocí metody tužka papír. Výzkumné šetření se uskutečnilo v období od měsíce listopadu 2019 do dubna 2020.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Pacienti byli vybíráni na úrazových, chirurgických a kardiochirurgických odděleních a na oddělení ARO. Sestry byly vybírány na několika chirurgických JIP a standardních odděleních. Z několika nemocnic v České republice. Výzkumný soubor tvořilo 27 pacientů a 30 sester v rámci pozorování. S 18 sestrami byly provedeny rozhovory.

Na úrazové JIP bylo získáno 15 pacientů, na úrazovém standardním oddělení byli získáni 4 pacienti. Na chirurgickém oddělení jsme rozšířili výzkumný vzorek o 5 pacientů. Na kardiochirurgickém oddělení jsme získali 2 pacienty a na oddělení ARO jsme pozorovali 1 pacienta. Kde jsme získaly rozhovory se sestrami nebude blíže specifikováno, vzhledem k možné dohledatelnosti.

Pacienti byli vybíráni záměrně, museli mít diagnózu deliria ve zdravotnické dokumentaci, současně hodnoty GCS nižší než 14. Pro výběr museli pacienti splňovat kritéria škály: Odhad zmatenosti, která je uvedena stejně jako škála GCS v přílohách (tabulka 8 a 9). Sestry byly vybírány podle toho, jestli měly zkušenost s péčí o nemocného s akutní zmateností. Výzkumné vzorky byly vybírány záměrně. Rozhovory se sestrami se prováděly v klidné atmosféře.

4 Výsledky výzkumného šetření

4.1 Identifikační údaje pozorování sestry

Sestra	Pohlaví/ Vzdělání	Praxe ve zdravotnictví
Sestra 1	Ž/ SZŠ	16 let (9 let JIP)
Sestra 2	Ž/ SZŠ, ARO-JIP	11 let (10 let JIP)
Sestra 3	Ž/ SZŠ	20 let (3 roky JIP)
Sestra 4	Ž/ SZŠ, Bc.	25 let (15 let JIP)
Sestra 5	Ž/ SZŠ, Bc., ARO-JIP	7 let (7 let JIP)
Sestra 6	Ž/ SZŠ, Bc., ARO-JIP	8 let (5 let JIP)
Sestra 7	Ž/ SZŠ, Dis., ARO-JIP	15 let (10 JIP)
Sestra 8	Ž/ SZŠ, Bc., ARO-JIP	7 let (3 JIP)
Sestra 9	Ž/ SZŠ, Bc.	2 roky JIP
Sestra 10	Ž/ SZŠ, Bc., ARO-JIP	5 let JIP
Sestra 11	M/ PS	8 let (1 rok JIP)
Sestra 12	Ž/ SZŠ, Mgr.	20 let (5 JIP)
Sestra 13	M/ Mgr., ARO-JIP	11 let JIP
Sestra 14	Ž/ SZŠ, Bc.- ZZ	2 roky JIP
Sestra 15	Ž/ SZŠ, Mgr.	4 roky
Sestra 16	Ž/ SZŠ, Dis.	7 let (5 let JIP)
Sestra 17	Ž/ SŠ, Bc.	5 let (3 roky JIP)
Sestra 18	Ž/ SZŠ	20 let
Sestra 19	M/ SZŠ, Mgr.	7 let JIP
Sestra 20	Ž/ SZŠ, Dis.	10 let (4 JIP)
Sestra 21	M/ PS, Bc.-ZZ	10 let (1 rok JIP)
Sestra 22	Ž/ SŠ, Bc.	5 let (3 roky JIP)
Sestra 23	Ž/ SŠ, Bc.	10 let
Sestra 24	Ž, SZŠ	17 let
Sestra 25	M/ SZŠ	8 let
Sestra 26	Ž/ PS	5 let
Sestra 27	Ž/ SZŠ, Bc.	25 let (5 let JIP)
Sestra 28	Ž/SZŠ, Bc.	5 let
Sestra 29	Ž/SZŠ	12 let

Sestra 30	Ž/SŠ, Bc.- ZZ, Dis.	2 roky JIP
------------------	---------------------	------------

S1 je žena, se SZŠ pracující na vybrané chirurgické JIP 9 let, celkově 16 let ve zdravotnictví. S2 je žena, která vystudovala SZŠ a udělala si specializaci ARO-JIP, pracuje 10 let na vybrané chirurgické JIP, předtím 1 rok na standardním oddělení. S3 je žena pracující 20 let, většinu z toho na chirurgických ambulancích, poslední 3 roky pracuje na vybrané chirurgické JIP, vystudovala SZŠ. S4 je žena pracující 25 let ve zdravotnictví, posledních 15 let pracuje na vybrané chirurgické JIP, má bakalářské vzdělání. S5 je žena s bakalářským vzděláním a se specializací ARO-JIP, pracuje na vybrané chirurgické JIP 7 let. S6 je žena má stejné vzdělání jako S5 je žena, ve zdravotnictví je 8 let, z toho 5 na vybrané chirurgické JIP. S7 je žena, která vystudovala VOŠ, udělala si k tomu specializaci ARO-JIP a pracuje 10 let na vybrané chirurgické JIP, celkově 15 let ve zdravotnictví. S8 je žena s Bc. vzděláním a specializací ARO-JIP, pracuje 7 let ve zdravotnictví a 3 roky na vybrané chirurgické JIP. S9 je žena s Bc. vzděláním a pracuje 2 roky na vybrané chirurgické JIP. S10 je žena s Bc. vzděláním se specializací ARO-JIP, která pracuje 5 let na vybrané chirurgické JIP.

S11 je muž vzdělaný jako praktická sestra, pracuje 8 let ve zdravotnictví a 1 rok na vybrané chirurgické JIP. S12 je žena s Mgr. vzděláním, pracuje 20 let ve zdravotnictví a 5 let na vybrané chirurgické JIP. S13 je muž s Mgr. vzděláním a specializací ARO-JIP, pracuje 11 let na vybrané chirurgické JIP. S14 je žena, která vystudovala ZZ a pracuje 2 roky na JIP (2 různé). S15 je žena s Mgr. Vzděláním a pracuje 4 roky na vybraném chirurgickém oddělení. S16 je žena s VOŠ, pracuje 7 let ve zdravotnictví a 5 let na vybrané chirurgické JIP. S17 je žena s Bc. vzděláním, která pracuje 5 let ve zdravotnictví, z toho 3 roky vybrané chirurgické JIP. S18 je žena se SZŠ, pracující 20 let ve zdravotnictví. S19 je muž s Mgr. vzděláním pracující na vybrané chirurgické JIP. S20 je žena s VOŠ, která pracuje 10 let ve zdravotnictví, 4 roky na vybrané chirurgické JIP.

S21 je muž pracující na vybraném chirurgickém oddělení, vystudoval ZZ. S22 je žena s Bc. vzděláním, pracuje 5 let ve zdravotnictví, z toho 3 roky na vybrané chirurgické JIP. S23 je žena pracující 10 let na vybraném chirurgickém oddělení, má Bc. vzdělání. S24 je žena se SZŠ, pracuje 17 let ve zdravotnictví . S25 je muž se SZŠ, pracuje 8 let na vybraném chirurgickém oddělení. S26 je žena, PS a pracuje 5 let na vybraném chirurgickém oddělení. S27 je žena pracující 25 let ve zdravotnictví z toho 5 let na vybrané chirurgické JIP, má Bc. vzdělání. S28 je žena s Bc. vzděláním, pracující 5 let na vybraném chirurgickém oddělení. S29 je žena, pracující 12 let na vybraném chirurgickém

oddělení, má SZŠ. S30 je žena, která vystudovala ZZ a VOŠ, pracuje 2 roky na vybrané chirurgické JIP.

4.1.1 Seznam kategorizačních skupin- pozorování sestry

- 1. Intervence**
- 2. Restriktivní opatření**
- 3. Komunikace**
- 4. Hodnotící škály**

1. Intervence

Správná péče o nemocného s akutní zmateností vyžaduje několik přístupů (intervencí), které jsou pro péči třeba. My jsme se při pozorování sester zaměřili na to, zda ukládají nemocné prodávající akutní zmatenost/ delirium do klidného prostředí. Většina sester se snažila se chovat ke zmateným nemocným tak, aby je nemuseli zbytečně přesouvat, ale všimli jsme si také sester, které s nemocnými zbytečně „sachovaly“, neuvědomovaly si, že to je pro nemocného ještě horší pro jeho orientaci. Našli se, ale i sestry, které na tuto variantu přístupu nebraly ohled. Takového přístupu jsme si všimli u sestry S2, stejně jako u S7, která nebrala ohled na diagnózu a umístění nemocného. U sestry S14 se vyskytovaly podobné postupy, ale někdy uvažovala nad tím, zda by konkrétní umístění nemohlo nemocnému přinést větší klid. Sestra S18 nebrala žádné ohledy na diagnózu v souvislosti s umístěním pacienta, dávala nemocné tam, kde pro ně právě bylo místo. Sestra S21 se zajímal o umístění pouze v ohledu na technické zabezpečení, aby dosáhly kabely a bylo lůžko přístupné, kdyby vykazoval nemocný známky agresivního chování. Naopak u sestry S3 a S8 jsme si všimli vhodného ukládání nemocného s ohledem na prostředí, snažily se zajistit místo, kde by měl nemocný klid a nenacházelo se zde příliš rušivých elementů, pokud se jednalo o pokoj chtěly, aby tam byl ideálně sám nebo s někým ohleduplným, ale zároveň aby byl pod dohledem ošetrovatelského personálu a nedocházelo k nežádoucím událostem. S ukládáním do klidného prostředí úzce souvisí i snaha o odstranění, co největšího množství rušivých elementů z prostředí pacienta. Bylo tím myšleno odstranění různých kabelů od monitoru na nezbytně nutné množství, případně jejich upravení, tak aby se v nich zmatený nemocný nemotal, měly dostatečnou délku, což platí i pro periferní žilní katétry, aby zbytečně nedocházelo k jejich vytahování. U zavádění periferních žilních katétrů bylo fajn když se sestry zamyslely nad umístěním, pokud to bylo možné, aby to nemocnému příliš nepřekáželo. Těmto úkonům se věnovaly hlavně sestry pracující na JIP, kde mají

pacienty připojené trvale na monitorech a často s tím bojují. U sestry S8, S14, S18, S24 jsme si všimli, že se snaží mít nemocného za každou cenu napojeného na monitoru, i když to není nezbytně nutné. I ve stavu, kdy si nemocný každých pět minut strhával svody na zaznamenávání EKG a odstraňoval manžetu na tlak. Ostatní pozorované sestry se snažily upravit prostředí, aby to pro nemocného bylo příjemnější a nemusel se s tím celý den prát.

Druhým sledovaným bodem bylo dodržování rytmu spánek-bdění. U jednadvaceti sester jsme vysledovali, že se snažily aktivizovat nemocného v denní dobu, budily je, aby nespaly a tím podporovaly spánek v noční hodiny. Sestra S5 vyhledávala časopisy nebo knihy, kterými by nemocného zabavila. Jiné sestry zase pomohly nemocnému najít brýle a zajímavé čtení. Další sestry s nemocnými trénovali dechovou rehabilitaci, daly si na čas, aby jim to znovu ukázaly a naučily je to. U devíti sester jsme si všimli, že spíše nechají nemocného spát a nevěnují se jeho aktivizaci. Některé je nechtěly budit, protože se domnívaly, že jejich stav je vážný a odpočinek, v jakoukoliv dobu je pro ně vhodný. Sestra S18 se takovému opatření nevěnovala vůbec, zdálo se, že je ráda když spí.

Jednou z dalších intervencí, která je doporučena u nemocných s akutní zmateností/ deliriem je přítomnost rodiny, v co největším rozsahu, ideálně i zapojování do péče o nemocného. Mimo dvě sestry se všechny snažily, aby mohla být rodina u nemocného v co největší míře. Často sestry říkaly, že pacienti na rodinu reagují lépe než na ně samotné. Všimli jsme si, že sestry rodinu kvalitně zapojují do péče, nechávají je například pomoci nemocnému se stravou, oholí je nebo i pomáhají s polohováním. Sestra S2 a S30 měly problém s tím, že by rodina mohla přijít dříve než jsou návštěvní hodiny a případně zůstat o něco déle, ale i přesto se s rodinou nakonec domluvily. Zpravidla si neodpustily poznámky o tom, že nejsou návštěvní hodiny. Když to dovolil stav nemocného a chod oddělení, tak s tím ostatní sestry neměly problém. Sestra S2 dělala výjimky hlavně pro rodiny nemocného, který měl vážné onemocnění nebo infaustní prognózu.

U nemocných s akutní zmateností by se měly sledovat známky infekce, fyziologické funkce, možné známky ledvinného či srdečního selhání, protože tyto aspekty mohou akutní zmatenost/ delirium prohloubit. Tuto oblast měly zajištěnou všechny sestry pracující na JIP, dále také sestra S19 se věnoval sledování těchto aspektů. Ostatní pracující na standardních oddělení nechávaly sledování těchto aspektů většinou pouze na lékařích, samotné se o to nezajímaly.

Pacientům, kteří prodělávají akutní zmatenost/ delirium může v orientaci pomoci využívání kompenzačních pomůcek, například brýlí, naslouchadel, ale také ukázky

známých předmětů (fotky, polštářek z domova, plyšák nebo nějaký oblíbený předmět). Co se týče kompenzačních pomůcek, tak se většina sester snažila nemocným kompenzační pomůcky dávat, aby se s nimi lépe domluvily. Spíše jsme si všimli, že se sestry snažily nemocným dávat naslouchátka než brýle. Některým sestram nepřišlo vhodné, aby nemocní kompenzační pomůcky měli, aby si je nerozbili, případně si s nimi neublížili, takové jednání jsme viděli u 4 sester. Co se týče ukázek známých předmětů, tomu se věnovalo ještě o něco méně sester. Celkem 10 z 30 pozorovaných sester se této intervenci věnovaly. Často u sebe nemocný neměli nic, čím by jim sestry mohly pomoci v orientaci.

Slabé noční osvětlení je v nemocnici důležité, protože podporuje orientaci v nemocnici a nejen u nemocných s akutní zmateností/ deliriem. Nemocný se nachází v neznámém prostředí a když se v noci probudí do úplné tmy, může to způsobit strach, ale taky prohloubit stav zmatenosti/ deliria. Pro sestry pracující na JIP to bylo běžnou součástí nočního režimu. Mimo jediné sestry S2, která i na JIP zhasínala všechna světla. Na standardních odděleních bylo spíše zvykem mít v noci zhasnuta kompletně všechna světla, mimo světla na chodbách. Některé sestry i na standardních oddělení nechávaly na pokojích svítit slabé světlo, které nerušilo spánek nemocných.

Do sledovaných intervencí u nemocných s akutní zmateností/ deliriem jsme také zařadili péči o vyprazdňování a prevenci zácpy, prevenci imobilizace a zajištění vhodného způsobu a formy stravování a příjmu tekutin. Všechny sestry se věnovaly sledování vyprazdňování nemocných, vedly si pravidelné záznamy a případné potíže řešily. Zařadily ke stravě změkčovadla stolice, pokud to nepomohlo zahájily terapii čípky nebo projímadly, občas muselo dojít až na klyzma. Stravu a příjem tekutin se většina snažila zajistit tak, aby to bylo pro nemocného co nejvhodnější, ne pouze podle toho, jak naordinoval lékař. Pro příjem tekutin neměly problém dát nemocnému místo hrnečku malou láhev nebo vytvořit delší brčko, aby nemocní nemuseli pro každé napití čekat nebo oslovovat ošetrovatelský personál. Na stravě se domluvili převážně s nemocnými, pokud to bylo možné, tak aby to odpovídalo nařízené dietě od lékaře. Když neměl nemocný zuby nebo měl nějaké potíže s kousáním zařídily mletou stravu. Prevenci imobilizace se také věnovaly všechny sestry. Pravidelně nemocné polohovaly, využívaly polohovací pomůcky a vedly o tom záznamy i přes to, že ne vždy se to u pacientů s akutní zmateností/ deliriem setkalo s úspěchem.

Předposlední pozorovanou oblastí v rámci intervencí u nemocných s akutní zmateností/ deliriem bylo tlumení bolesti a úzkosti. Na tlumení bolesti si dávaly záležet

všechny sledované sestry. Využívaly analgetika, které naordinoval lékař a pokud to nemocnému nestačilo, samotné šly za lékařem, aby prokonzultovaly případné doplnění analgetik nebo změnu medikace. S tlumením úzkosti to bylo o něco složitější, protože antipsychotika ordinovali lékaři ne úplně rádi, ale u sester S1, S3, S6, S8, S12, S17 a S19 jsme viděli, že mají zájem pomoci nemocnému i v této oblasti. Zaznamenali jsme spíše ordinování sedativních léků než antipsychotik.

Vynechávají sedativních léků přes den pro podpoření denního a nočního spánkového rytmu se odvíjelo od stavu nemocného a také od ordinace lékaře. Pokud lékař naordinoval časovaná sedativa musely je sestry podat ať s tím souhlasily nebo ne, ale pokud byly vypsány podle potřeby, zůstalo rozhodnutí na sestře. Když to stav nemocného dovoloval, tak se sestry snažily zbytečně nemocné netlumit sedativními léky, někdy to ale nebylo možné, aby se dosáhlo požadované hladiny léku v krvi a dostavil se tak jeho účinek. U sester S1, S6, S10, S13 a S16 jsme viděli, že hodně zvažují využití sedativních léků, pokud to podle nich nemocný nepotřeboval a nebylo to v rozporu s ordinací lékaře nepodávaly sedativní léky. Naopak sestry S2, S5, S8, S11, S14 to často braly jako nevyhnutelnou volbu a téměř vždy sedativní lék podávaly, bez ohledu na stav nemocného.

2. Restriktivní opatření

Restriktivní opatření s sebou přinášejí spoustu rizik, jak pro sestry, tak pro nemocné. Nepatří sem totiž jen omezovací prostředky, ale i různé úchopové manévry a využívání psychofarmak. Při využívání restriktivních opatření vznikají pro sestry nová opatření. Přesto sestry restriktivní opatření využívaly hojně i nadužívaly.

Některé sestry pochopily princip restriktivních opatření a snažily se je využívat opravdu jako poslední volbu a ne jako první variantu. V této oblasti jsme zaznamenali více sester, které využívaly tato opatření jako první možné řešení, hlavně pro sestru S2 to byla často první volba, jak „uklidnit“ nemocného, který prodělává stav akutní zmatenosti/delirium, Takto k tomu sestra S2 přistupovala především u hyperaktivního typu, ale setkali jsme se s tím i u starších nemocných, kteří ve večerních a nočních hodinách dostávali do stavů zmatenosti. U sester S1, S3, S5, S6, S13, S15, S17 a S19 se ukázala velká trpělivost s nemocnými prodávající akutní zmatenost. Často nemocné opakovaně slovně upozorňovaly, snažily se jim to vysvětlit a nevyužívaly restriktivní opatření jako první volbu a stejně tak se snažily dát nemocným důvěru a co nejdříve začít s postupným uvolňováním opatření. Pokud se jim zdálo, že by to nemocný zvládnul například bez

omezovacích prostředků, tak to zkoušely bez nich. Většinou postupně, při ranní hygieně, při stravování. Se sedativními léky to braly více postupně.

Některé sestry když měly pacienty s akutní zmateností/ deliriem, které vzniklo na podkladě alkoholu, tak k restriktivním opatřením přistupovaly taky jako k první volbě, např. sestra S2, S4 i další. Aniž by se s nimi pokusily domluvit hned jim přivazovaly ruce, často i nohy. Sestra S19 se snažil využívání omezovacích prostředků nahradit komunikací, většinou mu to vycházelo. Potýkal se převážně s pooperační akutní zmateností/deliriem vzhledem k práci na kardiouchirurgii, ale ani zde nebyla výjimkou akutní zmatenost/ delirium podmíněné alkoholem nebo často vznikalo v souvislosti s vysokým věkem a polymorbiditou.

Sestry S15, S18, S23, S24, S25, S26, S28, S29 pracující na standardních odděleních s nemocnými s akutní zmateností/deliriem měly vcelku problémy, protože na nemocné neměly tolik času, kolik by potřebovaly a díky tomu občas docházelo k tomu, že nemocný opustil lůžko a vydal se po pokoji, vytrhnul si periferní žilní katétr nebo permanentní močový katétr. Bohužel docházelo i k pádům nemocných, postranice a invazivní vstupy pro ně nebyly překážkou.

Některé případy akutní zmatenosti/ deliria se mohou velmi vymykat kontrole, u sestry S2 jsme zažily, že dostala nemocného na dospání po operaci hrudní páteře. U nemocného došlo během 15 minut k tak silné zmatenosti/ deliriu hyperaktivní formy, že musela být využita všechna restriktivní opatření, které byly na oddělení dostupné. Kombinace psychofarmak, úchopy i omezovací prostředky.

3. *Komunikace*

Komunikace je důležitou součástí ošetrovatelské péče a ne pouze při péči o nemocné s akutní zmateností/ deliriem. U těchto nemocných může mít velmi příznivé účinky, na zlepšení stavu nemocného když je prováděna kvalitně a správně. V rámci výzkumného šetření jsme se zaměřili na vstřícnou a srozumitelnou komunikaci, na snahu o vytvoření terapeutického vztahu a důvěry. Také jsme se zaměřili na snahu sester o navození pocitu bezpečí, zda nevinní nemocné za jejich projevy v průběhu akutní zmatenosti/ deliria a snaží se jejich stav zlepšit pravidelným informováním o místě, kde se nachází a aktuálním čase.

Informování o místě, kde se právě nemocný nachází a čase, který je aktuální, případně jaký je datum nebo denní doba se věnovala většina sester až na sestry S2, S7, S11, S14, S18, S24, S30. Těchto sedm sester většinou nepodporovalo orientaci

nemocného tímto způsobem, občas se jich zeptaly jestli ví, kde se nachází, ale už jim neřekly, kde tedy jsou pokud to nevěděli. Ostatních 23 sester se této oblasti věnovalo jak otázkou kde se nachází, tak i odpovědí nebo případným opravováním nemocných. Na orientaci nemocného jak místem, tak i časem a osobou se účastnila většina sester.

Sestra S1 navazovala dobře vztahy s nemocnými, protože byla milá a ochotná, snažila se s nemocnými na všem domluvit. U sestry S2 se projevilo kladné chování a vhodná komunikace podle toho o jakého nemocného pečovala, když byl nemocný verbálně agresivní nebo nebyl úplně slušný neměla problém se k němu chovat obdobně. Sestra S3 se chovala k nemocným hezky bez ohledu na to, jakou měli diagnózu a jak se chovali. Sestra S4 příliš nedbala na navození dobrého vztahu s nemocným, hodně se nechala ovlivnit chováním nemocného. U sestry S5 jsme se setkali s vlídným chováním vůči klidným nemocným, ale u agitovanějších případů akutní zmatenosti/ deliria byla rázná a neochotná. Sestra S6 se velmi snažila získat si důvěru pacienta, chovala se k nemocným mile a ochotně i přes některé nevhodné chování nemocných způsobené aktuální diagnózou. Sestra S7 začínala být na nemocné brzy rázná, nenavazovala vztah s nemocným na dobré úrovni. Sestra S8 byla velmi komunikativní, měla k nemocným pozitivní vztah a nedělala rozdíly pro různé druhy nemocných. Sestra S9 přistupovala k nemocným pozitivně a snažila se s nimi domluvit, jak jen to šlo. Sestra S10 měla k nemocným vlídný a upřímný přístup, komunikaci vedla na klidné rovině. Dobře navazovala vztah s nemocnými.

Sestra S11 měl přátelský přístup k nemocným, byl komunikativní a dobře navazoval vztahy. Sestra S12 komunikovala s nemocnými srozumitelně a jasně, neměla problém navázat dobrý vztah s nemocným. Komunikace sestry S13 byla věcná, srozumitelná a přátelská, většinou neměl problém navázat vztah s nemocným. U sestry S14 jsme se setkali se zbytečnou rázností, ale komunikace byla věcná, sestra neměla úplně snahu o navození vztahu s nemocným. Sestra S15 byla vlídná, vstřícná, velmi příjemná a ochotná, měla velkou snahu navodit s nemocným dobrý vztah. U sestry S16 se projevoval rázný tón, ale byla k nemocným přátelská a dobře navazovala vztahy. Sestra S17 byla příjemně komunikativní, přátelská a kvalitně navazovala vztah s nemocnými. U sestry S18 jsme se setkali se zklamáním, protože k nemocným přistupovala nadřazeně, často byla nepřijemná a protivná, špatně navazovala vztahy. Sestra S19 byl přátelský, hodně komunikativní, dobře navazoval vztahy s nemocnými a získával si jejich důvěru. Kvalitní navazování vztahů a ochotu v komunikaci jsme zaznamenali i u sestry S20.

U sestry S21 jsme si všimli humorného přístupu a komunikativnosti, ale pozorovali jsme obtížnost s navazováním vztahů s problémovými pacienty. Naopak sestra S22 byla milá, vlídná, ochotná a neměla problém získat si důvěru nemocného. Sestra S23 komunikovala s nemocnými bez velkých emocí, vedla jednoduché a srozumitelné věty, ne vždy navazovala dobrý vztah s nemocnými. U sestry S24 jsme neviděli snahu o navázání dobrého vztahu s pacienty. Sestra S25 velmi dobře navazoval kontakt s nemocným, choval se k nim přátelsky a ochotně. Sestra S26 byla velmi milá, ochotná a dobře navazovala vztahy s nemocnými. U sestry S27 jsme viděli velmi přátelský přístup a dobré navazování vztahů. U sester S28 a S29 bylo chování k nemocným podobné, záleželo, jak se choval nemocný, ale snažily se přistupovat klidně a ochotně. Sestra S30 s nemocnými trochu bojovala, neuměla si získat jejich důvěru, byla trochu netrpělivá.

Pouze u 5 sester jsme se nesetkali se vstřícnou a srozumitelnou komunikací. Ostatní sestry s tím většinou neměly problém. O předchozí oblast se opírá i další, a to snaha o navození pocitu bezpečí. V této oblasti sestry dominovaly. Pouze 4 sestry se S2, S7, S14 a S18 s bezpečností pacienta bojovaly. V ostatních případech bylo znát, že pacienti ať už to bylo při manipulaci, komunikaci nebo např. vertikalizaci neměli strach o své bezpečí a sestram věřili.

Sestry si uvědomovaly důležitost nesdělování některých informací, hlavně těch, které by mohly nemocnému ublížit. Sestry věděly, že nemocný za projevy svého chování během akutní zmatenosti/ deliria nemůže a proto si ve většině případů dávaly pozor, co řeknou. V případech, kdy se nemocný sám ptal, sdělily informace, tak aby nemocnému neublížily a omezenou verzi toho, co se opravdu dělo, pokud to byla např.: verbální nebo fyzická agrese. Objevili jsme mezi sestrami dvě, které nemocným říkaly, co dělali a jak se chovali bez ohledu na jejich psychickou stránku.

4. Hodnotící škály

V rámci pozorování využívání hodnotících škál jsme se setkali s velkým neúspěchem. Na žádném oddělení se toho času nepoužívala žádná hodnotící škála vztahující se přímo na delirium nebo akutní zmatenost. Setkali jsme se s různými škálami například Glasgow Coma Scale, Barthelův test, Nutriční screening, ale nic specifického. Jediná GCS může být pro delirium využitelná, protože se v záznamu dají zjistit změny ve stavu vědomí, jak k lepšímu, tak i k horšímu.

Zjistili jsme, že na některých oddělení se píšou v rámci ošetrovatelské péče ošetrovatelské diagnózy, od sestry S1 jsme se dozvěděli, že se dříve i u nich na oddělení

používala ošetrovatelská diagnóza „Akutní zmatenost“. Do intervencí psaly postranice u lůžka, zvýšený dozor a podobné. V současné době, ale většina oddělení nepoužívala hodnocení pomocí ošetrovatelských diagnóz. Někde je pouze zakládaly, ale intervence již nepsaly. U nemocných, kteří prodělávali akutní zmatenost/ deliriu a byly u nich využívány omezovací prostředky, tak sestry sledovaly hybnost a citlivost. Také u těchto opatření sledovaly příjem a výdej tekutin nemocných.

4.2 Identifikační údaje pozorování pacienti

Věk/ pohlaví		Místo hospitalizace	Příčina vzniku
Pacient 1	62 let/ M	Traumatologie JIP	Úraz- pád
Pacient 2	86 let / M	Traumatologie JIP	Úraz- pád
Pacient 3	74 let / M	Traumatologie JIP	Úraz- pád
Pacient 4	55 let / M	Traumatologie JIP	Pád- alkohol
Pacient 5	71 let / M	Traumatologie JIP	Úraz- Dopravní nehoda
Pacient 6	56 let / M	Traumatologie odd.	Operace
Pacient 7	50 let / M	Traumatologie JIP	Úraz -drogy
Pacient 8	84 let / M	Traumatologie JIP	Úraz- pád
Pacient 9	96 let / Ž	Traumatologie odd.	Operace/ Věk
Pacient 10	23 let / M	Traumatologie JIP	Úraz- drogy
Pacient 11	30 let / M	Traumatologie JIP	Farmaka
Pacient 12	60 let / M	Traumatologie JIP	Úraz- alokohol
Pacient 13	75 let / M	Traumatologie JIP	Úraz- pád
Pacient 14	76 let / M	Traumatologie odd.	Úraz- pád
Pacient 15	64 let / Ž	Traumatologie JIP	Úraz- epilepsie
Pacient 16	87 let / M	Traumatologie odd.	Úraz- pád
Pacient 17	57 let / M	ARO	Úraz- alkohol
Pacient 18	75 let / M	Traumatologie JIP	Úraz- pád
Pacient 19	73 let / Ž	Kardiochirurgie JIP	Operace
Pacient 20	74 let / M	Kardiochirurgie JIP	Operace
Pacient 21	81 let / M	Chirurgické odd.	Věk, změna prostředí
Pacient 22	58 let / M	Chirurgické odd.	Infekce, abúzus alkoholu
Pacient 23	64 let / M	Chirurgické odd.	Operace
Pacient 24	45 let / M	Chirurgické odd.	Operace
Pacient 25	82 let / Ž	Chirurgické odd.	Infekce, Věk
Pacient 26	86 let / Ž	Traumatologie odd.	Operace, Věk
Pacient 27	42 let / M	Traumatologie JIP	Úraz- alkohol

P1 je muž ve věku 62 let, v domácím prostředí upadl na obličej, čímž si způsobil zlomeniny obličejového skeletu, SDH, zlomeniny žeber a komoci. P2 je 86-ti letý muž, který doma opakovaně upadl, pro špatný stav hospitalizován s CHSDH + ASDH. P3 je

muž ve věku 74 let, byl nalezen ležící na zahradě po pádu ze střechy, pádem si způsobil SAK, tržnou ránu na hlavě, sériovou zlomeninu žeber, pneumothorax, zlomeninu 3 hrudních obratlů, stydké a pažní kosti. P4 je muž ve věku 55 let, který pod vlivem alkoholu spadnul z kola a způsobil si velké kraniotrauma, pro které musel být hospitalizován i na ARO. P5 je muž, 71 let. Byl sražen osobním automobilem. P6 je muž, ve věku 56 let, který byl hospitalizován pro stabilizační operaci páteře po úraze. P7 je 50-ti letý muž, který spadnul z motorky. Opakovaně užívá pervitin, zlomil si krční obratel a měl tržnou ránu obličeje. P8 je muž, ve věku 84 let, který upadnul u praktického lékaře a způsobil si kraniotrauma. P9 je žena, ve věku 96 let, která si při pádu zlomila krček stehenní kosti.

P10 je muž ve věku 23 let, byl hospitalizován pro zlomeninu lebeční kosti po pádu kvůli epileptickému záchvatu, který byl způsoben užitím drog. P11 je 30-ti letý muž, který byl sražen jako chodec. Zlomil si stehenní kost a měl hemoperitoneum. P12 je muž, kterému je 60 let, po užití alkoholu spadnul z gauče a zlomil si stehenní kost. P13 je muž, ve věku 75 let, který byl přijat pro SAK, zlomeniny lebeční kosti a orbity po pádu. P14 je 76-ti letý muž, který doma upadnul před časem a způsobil si CHSDH. P15 je žena ve věku 64 let, která si způsobil kraniotrauma po pádu při epileptickém záchvatu. P16 je muž, ve věku 87 let, který si při pádu zlomil acetabulum. P17 je muž, který pod vlivem alkoholu upadl z kola a byl hospitalizovaný na ARO, pro mnohočetné zlomeniny lebeční kosti, akutní respirační selhání, sériovou zlomeninu žeber, ložiskové poranění mozku a další. P18 je muž, který ve věku 75 let opakovaně upadl a byl u něj zjištěn CHSDH. P19 je žena, ve věku 73 let, hospitalizována na kardiochirurgické JIP pro aortokoronární bypass. P20 je muž ve věku 74 let, stejně jako P19 byl také hospitalizován pro operaci bypassu.

P21 je muž, ve věku 81 let, hospitalizován na chirurgickém oddělení pro plánovanou operaci enterovesikální píštěle. P22 je muž ve věku 58 let, který byl hospitalizován na chirurgickém oddělení pro infekci v pakloubu. P23 je ve věku 64, muž, u kterého byla provedena hemikolektomie. P24 je 45-ti letý muž, který má generalizovaný karcinom močového měchýře k operaci. P25 je žena, ve věku 82 let, byla hospitalizována pro biliární koliku. P26 je žena ve věku 68 let, která si při pádu v DD zlomila krček stehenní kosti. P27 je muž, ve věku 42 let, hospitalizovaný pro úraz pod vlivem alkoholu.

4.2.1 Seznam kategorizačních skupin- pozorování pacienti

- 1. Etiopatogeneze**
- 2. Klinický obraz**
- 3. Rizikové faktory**
- 4. Komplikace**
- 5. Diagnostika**
- 6. Objektivní anamnéza**

1. Etiopatogeneze

Základní příčinu vzniku akutní zmatenosti/ deliria jsme rozdělili na 3 skupiny: extrakraniální, intrakraniální a primárně psychické. Do skupiny extrakraniální příčiny jsme zařadili celkem 21 pozorovaných pacientů. Ve většině případů se jednalo o úrazy, zánětlivé onemocnění, abúzus návykových látek nebo například o metabolické poruchy. Pět pacientů spadalo zároveň i do extrakraniální, ale i intrakraniální příčiny. Byli to pacienti P1, P2, P10, P17 a P27. U pacienta P1 se jednalo o kombinaci SDH se zlomeninou očníce a dalšího obličejového skeletu, nemocný také trpěl ICHS a měl kontuzi ramene. Pacient P2 byl hospitalizován po opakovaných pádech pro CHSDH, ASDH v kombinaci s plicním infektem, srdeční nedostatečností a DM II. typu. Pacient P10 trpěl epilepsií, měl zlomeninu lebeční kosti a abúzus drog. Pacient P17 byl přijat jako polytrauma, utrpěl mnohočetné zlomeniny lebeční kosti, akutní respirační selhání, ložiskové poranění mozku, sériovou zlomeninu žeber, kontuzi plic a otevřené rány obličejové části. Pacient P27 byl přijat pod vlivem alkoholu s komocí mozku. Extrakraniální příčina a primárně psychické příčině odpovídali 4 pacienti. Byli to pacienti P7, tento muž spadnul z motorky, pod vlivem pervitinu, byl u něho shledán depresivní syndrom, mimo jiné si nemocný zlomil sedmý krční obratel a měl tržnou ránu na obočí. Pacientka P9 byla ve vysokém věku a trpěla stařeckou demencí a hospitalizována byla pro zlomeninu krčku stehenní kosti, zároveň se jednalo o polymorbidní pacientku. Pacient P11 byl sražen osobním automobilem a utrpěl zlomeniny stehenní kosti, tento nemocný byl závislý na tramadolu a benzidiazepinech, již dříve vyšetřován psychiatrem a pacient P21 byl hospitalizován pro plánovanou operaci enterovesikální píštěle a trpěl mimo jiné i neurčitou demencí. Do skupiny intrakraniální příčiny spadalo celkem 15 pacientů, ale pouze 4 pacienti měli pouze intrakraniální příčinu bez kombinace s dalšími dvěma skupinami. Pacient P4 měl SAK, SDH a kontuzi mozku. Pacient P8 SAK a SDH. Pacientka P15 upadla při epileptickém záchvatu a způsobila si ASDH, SAK a kontuzi. Pacient P18 měl CHSDH. Intrakraniální příčina a primárně psychická příčina se

kombinovala jen u pacienta P13, který měl SAK a demenci u Parkinsonovy nemoci. Do skupiny primárně psychické příčiny jsme zařadili 9 pacientů (P5, P7, P9, P11, P12, P13, P14, P21, P25). Pouze do této skupiny nepatřili žádní pacienti, ale naopak do všech tří skupin se zařadili svými onemocněními 3 pacienti. Jednalo se o pacienty P12, P14, P25. Pacient P12 měl diagnózu pádu pod vlivem alkoholu, zlomil si krček stehenní kosti, trpěl onemocněním CHOPN a epilepsií, měl diagnostikované delirium. Pacient P14 měl CHSDH, kolostomii, ICHS a trpěl demencí u Parkinsonovy nemoci. Poslední zařazený nemocný do všech 3 skupin byl po CMP, měl astma, DM II. typu a demenci.

V rámci etiopatogeneze jsme si položili i otázku zdali u pozorovaných nemocných došlo v posledním období k vysazení některých z látek, které by mohly navodit akutní zmatenost/ delirium. Např.: alkohol, drogy, farmaka (hlavně opiáty nebo návykové léky). Změny prostředí nebo životní události. Možným důvodem pro vznik deliria byl u 9 pacientů (P2, P4, P5, P12, P18, P20, P22, P23 a P27) alkohol. V případě pacienta P2 to nebylo přímo dokázáno, ale pacient se často ptal po pivu i sám uváděl, že si pivo dává často, několik denně. Podle vyšetření neurologem byl stav nemocného ohodnocen jako delirium z abúzu alkoholu. Pacient P4 si způsobil úraz na kole pod vlivem alkoholu, pacient P5 byl také pod vlivem alkoholu, ale sražen osobním automobilem, v dalších případech to byly pády též pod vlivem alkoholu. Pacienti P22 a P23 měli alkohol v záznamech již z předchozích hospitalizací, pacient P23 dokonce trpěl jaterní cirhózou způsobenou alkoholem. Akutní zmatenost/ delirium navozené drogami bylo zjištěno u 2 pozorovaných pacientů (P7 a P10). Pacient P7 byl muž, který havaroval na motorce a přiznal pravidelné užívání pervitinu, který užil i před jízdou, druhý pacient P10 byl mladík s diagnózou epilepsie, který podle jeho slov užil drogu prvně a způsobil si tím po dlouhé době epileptický záchvat a následkem toho zlomeninu lebeční kosti. Stav zmatenosti/ delirium může být způsobem i vysazením dlouhodobě užívaných léků nebo předávkováním. Akutní zmatenost/ delirium způsobené léky jsme vyzorovali u 4 nemocných, konkrétně u pacientů P5, P11, P14 a P21. U pacienta P5 je jednalo o užívání Fentanylových náplastí. Tento nemocný byl současně v dřívějších letech vyšetřován psychiatrem, protože kombinoval alkohol a léky na DM a nevykazoval normální chování. Nyní k tomu přibýly náplastí na bolesti. Tento nemocný byl po stabilizaci stavu přeložen na psychiatrické oddělení. Pacient P11 měl prokázanou závislost na Tramadolu a Benzodiazepinech. Podle záznamů byl nemocný opakovaně vyšetřován psychiatrem a opakovaně navštěvoval různá oddělení, kde předstíral, že mu byl ukraden batoh s léky a žádal předpis. U pacienta P14 se lékaři domnívali, že by stav mohl být způsoben

dlouhodobým užíváním léků na Parkinsonovu nemoc a pacient P21 dlouhodobě užíval lék Palgotal, který obsahuje návykový Tramadol a Paracetamol.

Další potencionální kategorií pro vznik akutní zmatenosti/ deliria by mohly být změny prostředí a životní události (smrt v rodině, imobilizace nebo ztráta sebepečce jako následek úrazu). Devět nemocných jsme zařadili do skupiny: změny prostředí a 5 nemocných do skupiny životní události. U pacienta P1 došlo následkem úrazu ke zhoršení celkového stavu a omezení sebepečce, kdy nemocný byl do té chvíle plně soběstačný. Pacientka P9 si zlomila krček stehenní kosti, což jí v jejím věku 96 let výrazně omezilo, jak v soběstačnosti tak v mobilitě. Pacient P16 je s podobnou diagnózou jako pacientka P9 také v pokročilém věku, i pro něho se očekávají podobné následky. Pacientka P19 je žena, která se do stavu akutní zmatenosti/ deliria dostala po rozsáhlé kardiokirurgické operaci, po zlepšení stavu bude nově potřebovat pečovatelské služby, nebude moci nadále žít sama. P 24 je pacient, u kterého se projevil stav zmatenosti/ deliria po operaci generalizovaného karcinomu močového měchýře, celkový stav nemocného se velmi zhoršil oproti předchozímu období.

Mezi pozorovanými nemocnými se našlo i 6 pacientů, kteří neodpovídali ani jedné skupině. Jejich stav zmatenosti/ delirium bylo vyhodnoceno jako Delirium nejasné nebo smíšené etiologie. My jsme tam zařadili pacienty P3, P6, P8 a P26. Pacient P3 se dostal do nemocnice po pádu ze střechy, jeho stav zmatenosti by podle lékařů mohl souviset s vyšším věkem, stejně jako u pacienta P8 a P26. Pacient P6 se dostal do stavu deliria bezprostředně po operaci páteře, lékaři tento stav ohodnotili jako „*Pooperační delirium*“ tedy reakci organismu na anestezii.

2. *Klinický obraz, forma deliria*

V rámci klinického obrazu jsme se zaměřili na přítomnost kvalitativní poruchy vědomí a poruchu pozornosti, ta se také vyskytovala u všech pozorovaných respondentů. Nemocní byli dezorientovaní místem, časem, osobou. U některých nemocných byla využívána GCS, která se na vyhodnocení dala využít.

Další z bodů, který odpovídá stavu akutní zmatenosti/ deliria je rychlé propuknutí nemoci a její kolísavý průběh. V této oblasti vycházeli také všichni pozorovaní pacienti pozitivně. Tento bod úzce souvisí s formou deliria. U pacienta P1 tato nemoc propukla přibližně 2 až 3 hodiny od příjmu. Pacient P6 se do takového stavu dostal téměř bezprostředně po probuzení z anestezie. U jiných nemocných se tomu tak stalo několik

dní od úrazu, hlavně u nemocných, kteří pravidelně užívali alkohol nebo jiné návykové látky, například pacient P12 se do stavu zmatenosti dostal 5 dní od příjmu na oddělení.

Změny psychomotoriky se často projevují agitovaností nebo útlumem nemocného, ale obvykle kombinací obou variant projevů. U všech námi sledovaných pacientů se tento stav vyskytoval. Všimli jsme si, že po agitovaných úsecích přecházeli nemocní do hlubokého spánku. Pokud se nemocný po dobu prodělávání akutní zmatenosti/ deliria choval neklidně, agitovaně, agresivně jak verbálně tak fyzicky byl zařazen do hyperaktivní formy deliria. Do hyperaktivního deliria bylo zařazeno celkem 5 pacientů a to P4, P5, P6, P7 a P23. U některých nemocných se akutní zmatenost/ delirium projevovalo opačně bývali hodně spaví, těžko probuditelný, jejich stav odpovídal útlumu při využívání sedativních léků. Takové nemocné jsme zařadili do skupiny hypoaktivní formy deliria. Bylo jich 7 (P3, P14, P15, P20, P21, P24 a P27). Nemocní v hypoaktivní formě nevykazovali žádné známky hyperaktivity, občas i trvalo než někoho ať už lékaře nebo ošetrovatelský personál napadlo, že by se mohlo jednat o akutní zmatenost/ delirium. Nejvíce nemocných bylo zařazeno do smíšené formy akutní zmatenosti/ deliria, v této skupině se střídají příznaky hyperaktivní a hypoaktivní formy akutní zmatenosti/ deliria. Často jsme viděli, že přes den nemocní spali a v noci si začali za všechno tahat, vytrhávat si periferní žilní vstupy, močové katétry, ale i lomcovali s postranicemi, snažili se opouštět lůžko a byli verbálně agresivní. Nebo se střídaly chvíle, kdy se nemocný choval agresivně a poté měl bloky, kdy spal, tak hluboce spal, že bylo velmi obtížné je vůbec probudit. Do smíšené formy akutní zmatenosti/ deliria jsme zařadili 15 pacientů.

Do klinického obrazu jsme také zařadili dezorganizaci myšlení, které se vyskytovala až na pacienta P14 u všech ostatních pozorovaných nemocných. U nemocných se projevovala tak, že si nebyli schopni dát dohromady souvislou větu, pletla se jim slova, nemohli najít správné pojmenování pro známé předměty (tužka). Na otázky, kde se nachází odpovídaly nesmyslně, ošetrovatelský personál i lékaře nazývali jmény svých kamarádů a rodinných příslušníků. Při otázkách na datum občas netrefili ani století. V jejich projevu se těžko hledaly věci, které tím chtěli opravdu říci.

Do klinického obrazu jsme také zařadili poruchy spánku, které se projevovaly narušením cirkadiálního rytmu neboli vystřídáním rytmu spánek-bdění. Takový nemocní zpravidla přes den spali a v noci se probudili do aktivity nebo byl jejich spánek velmi hluboký, v noci byli přesvědčeni, že je ráno a naopak. Poruchy spánku jsme zaznamenali u všech pozorovaných pacientů.

Poslední oblastí, která byla zařazena do klinického obrazu byly poruchy emocí, které se jako jediné nevyskytovaly vždy, ale u 14 pacientů byly zaznamenány. Pacienti reagovali nepřiměřeně na dané situace. Někdy reagovali zbytečně afektovaně a naopak, některé emotivní chvíle přecházeli bez vnitřní reakce.

3. Rizikové faktory

Dali jsme dohromady čtyři rizikové faktory, které by mohly souviset se vznikem akutní zmatenosti/ deliriem. Jsou to: Demence, Hypertenze, Alkoholismus nebo drogy a závažnost kritického stavu. Do rizikové skupiny demence jsme zařadili 3 pacienty: P2, P14 a P25. Pacient P2 měl mezi svými diagnózami Demenci související s vysokým věkem, proto do této skupiny spadal, mimo jiné byl zařazen do rizikové skupiny: alkoholismus neboť u něj byly zjištěné informace o častém užívání alkoholu a zároveň pro svůj těžký stav byl ve skupině: závažnost kritického stavu. Pacient P14 trpí Parkinsonovou chorobou a byl ve vyšším věku, proto jsme ho zařadili do této kategorie. Poslední pacient P25 měl stejně jako P2 zaznamenanou stařeckou demenci ve zdravotnické dokumentaci. Tento nemocný také trpěl chorobou DM II. typu a byl po CMP.

Souvislost hypertenze a akutní zmatenosti/ deliria je popsána v teoretické části diplomové práce, také proto byla dalším bodem, na který jsme se zaměřili. Hypertenzi trpělo celkem 14 pozorovaných pacientů., tedy více jak polovina. Ve všech případech byla hypertenze dlouhodobého charakteru, u nikoho nebyla nově diagnostikována. Abúzus návykových látek, do kterých můžeme zařadit alkohol, drogy, ale například i nikotinismus. Závislosti na nikotinu jsme se nevěnovali, ale alkoholu a drogám ano. Užití nebo užívání drog bylo zjištěno u 2 pacientů (P7 a P10). Pacient P7 byl pravidelným uživatelem pervitinu a pacient P10 podle jeho slov drogu užil prvně. Ve skupině abúzu alkoholu se nacházelo podstatně více nemocných. Bylo jich 11 z 27 pozorovaných. Většinou je jednalo o pravidelné uživatele piva a občasně tvrdého alkoholu, ale u pacienta P23 to bylo spíše dlouhodobým užíváním tvrdého alkoholu. Byl hospitalizován pro plánovanou operaci karcinomu tlustého střeva. Toho času měl mezi diagnózami jaterní cirhózu, syndrom portální hypertenze, chronickou etylickou pankreatitidu, vředovou nemoc gastroduodena, hypertenzi a byl opakovaně nezařazen do transplantačního programu pro pokračující a opakovaný abúzus alkoholu. Nikdo jiný v této skupině nebyl v takto závažném stavu z předchozího období. Pacient P4 si úrazem pod vlivem alkoholu způsobil těžký úraz hlavy a skončil kvůli tomu až na oddělení ARO.

Do poslední skupiny: Závažnost kritického stavu jsme zařadili 15 pacientů. U pacienta P2 to bylo pro kraniotrauma způsobené úrazem, DM II. typu, srdeční selhání a plicní infekci. Tento nemocný byl také ve vysokém věku 86 let a později byl lékařem ARO shledán jako infaustní prognóza (s životem neslučitelná). Jeho stav se během několika dnů zhoršil natolik, že svému onemocnění a stavu nakonec podlehl. Pacient P3 měl diagnózu polytrauma, díky zlomenině lebky, třech hrudních obratlů, sériové zlomenině žeber, pneumothoraxu, zlomenině stydké a pažní kosti. Pacientka P9 byla do skupiny zařazena pro svůj vysoký věk 96 let a zlomeninu krčku stehenní kosti. Dalším těžce nemocným byl pacient P17, který měl mnohočetné zlomeniny lebeční kosti, akutní respirační selhání, ložiskové poranění mozku, sériovou zlomeninu žeber, kontuzi plic a otevřené rány na obličeji. Pacientka P19 byla velmi nemocnou starší paní, která byla na kardiochirurgické operaci na aortokoronárním bypassu, tato pacientka trpěla nestabilní anginou pectoris, hypertenzí, blokádou levého Tawarova raménka, chronickým onemocněním ledvin, DM II. typu, hypothyreózou, chronickou žilní insuficiencí a 2x týdně dojížděla na hemodialýzu. Do této skupiny byli zařazeni ještě tyto pacienti: P4, P5, P8, P15, P16, P20, P21, P23, P24 a P26. Ani do jedné skupiny nezapadnul pacient P11, protože se jednalo o nemocného závislého na farmacích.

4. Komplikace

Stav akutní zmatenosti/ deliria často způsobuje činy komplikující ošetrovatelskou a lékařskou péči. Většinou dochází k tomu, že si nemocní vytahují cévní vstupy, močové katétry nebo se snaží opustit lůžko a poté dochází k pádům. Snadno může dojít k nežádoucí události, pokud není nemocný pod kontrolou.

U námi sledovaných pacientů docházelo i k dalším komplikacím. U pacienta P1 to bylo opakované odkládání kyslíkové masky a tím způsobená hyposaturace a obtížná léčba následků tohoto stavu. Pacient P6 si ve stavu pooperační zmatenosti/ deliria vytrhnul drén a tím si ztížil hojení operační rány. Další vcelku častou komplikací bylo napadání ošetrovatelského personálu, jako například u pacienta P4, P6, P8, P17 a P19. V některých případech muselo dojít i k restriktivním opatřením, od úchopu po využití omezovacích prostředků. Viděli jsme i nutnost použití služeb pracovníků ochranky pro zpacifikování nemocného. Zažili jsme i využívání síťového lůžka u nemocných, kteří nevyžadovali přímé sledování. Většinou se jednalo o pacienty pod vlivem alkoholu, kteří měli drobné tržné rány a vykazovali známky agresivního chování.

U žádného námi pozorovaného pacienta nedošlo k pádu, ale k opuštění lůžka ano, někdy stačila chvilková nepozornost personálu. Viděli jsme, že nemocná zvládnul pro opuštění lůžka využít situace, kdy se personál věnoval nemocnému na vedlejším lůžku.

5. Diagnostika

Při pozorování diagnostiky akutní zmatenosti/ deliria u nemocných jsme se zaměřili na vyšetření různými odborníky, byli to hlavně neurologické vyšetření, interní, psychologické nebo psychiatrické. Dalším blokem byla laboratorní vyšetření, hlavně náběry krve, které mohou o stavu nemocného hodně vypovědět a radiologické vyšetření.

Mimo 2 pacienty (P4 a P26) bylo u všech pozorovaných provedeno neurologické vyšetření, které by také mělo být součástí vyšetření u nemocného, který prodělává akutní zmatenost/ delirium. Časté bylo také zhotovení interního vyšetření a poté podle diagnózy a přidružených potíží nemocného. Další vyšetření se odvíjely od základního onemocnění nemocného, vzhledem k velkému procentu úrazových pacientů to byla chirurgická, oční, stomatochirurgická a další vyšetření. Psychologické nebo psychiatrické vyšetření bylo zpravidla vyhotoveno na základě doporučení neurologa nebo internisty, ale viděli jsme i primárně požadavek od ošetřujícího lékaře, kterému se chování nemocného nezdálo. Psychologické vyšetření bylo provedeno u 10 pozorovaných pacientů (P2, P5, P7- P9, P15- P17, P19 a P22). Psychiatrické vyšetření bylo zařízeno pro 6 pacientů (P1, P4, P11, P12 a P21). U pacienta P5 bylo provedeno jak psychologické tak psychiatrické vyšetření. U 11 pozorovaných pacientů nebylo zhotoveno ani psychologické ani psychiatrické vyšetření. U třech pacientů: P10, P13 a P27 akutní zmatenost/ delirium odeznělo během pár dnů, proto nebylo třeba psychologické nebo psychiatrické vyšetření. U některých nemocných byla stanovena diagnóza akutní zmatenosti/ deliria již neurologem nebo internistou a stav nevyžadoval konzultaci psychologa či psychiatra, jelikož nasazená medikace působila dostatečně. Objevili jsme i případy, u kterých se na toto vyšetření nemyslelo.

Všem nemocným byla při příjmu odebrána krev na krevní obraz, biochemický rozbor a hemokoagulaci. Z biochemického rozboru krve byly důležité hlavně hodnoty minerálů, zánětlivé markery, srdeční, ledvinné a jaterní funkce. Na odděleních JIP a ARO, byli příjmové náběry doplněny o náběr krve na srdeční enzymy, u úrazů se zaměřovali na hodnoty myoglobinu. V případě, že bylo podezření, že pacient byl pod vlivem alkoholu nabírala se i krev na widmarka (přítomnost alkoholu v krvi). Ve 2 případech se prováděl i toxikologický rozbor krve a moče, vzhledem k možnému a

později potvrzenému abúzu drog. Krevní náběry byli většinou doplněny o rozbor moče, podle zvyklostí oddělení. Ve všech případech byly náběry opakované, kvůli kontrolám a sledování vnitřního prostředí nemocného. U pacienta P1 se nabíral arteriální Astrup na rozbor krevních plynů, vzhledem k opakované hyposaturaci.

Při radiologických vyšetřeních jsme si všímali vyšetření RTG srdce a plic, které se běžně dělá u hospitalizovaných nemocných, také u všech námi pozorovaných pacientů bylo vyhotoveno. Dalším radiologickým vyšetřením, které nás zajímalo bylo CT vyšetření mozku, to bylo zhotoveno u všech nemocných, kteří měli úraz hlavy nebo podezření na něj. U pacienta P5 bylo CT mozku vyhotoveno na přání psychiatra.

Poslední sledovanou oblastí v rámci diagnostiky bylo rozlišování akutní zmatenosti/deliria od akutní přechodné psychotické poruchy, schizofrenie, poruch nálad a dalších. V Případech pacienta P3, P18 a P27 se této kategorii nikdo nevěnoval, tedy nebylo jisté, zda se opravdu jedná o akutní zmatenost/delirium. V ostatních 24 případech rozlišovali lékaři od těchto diagnóz, hlavně se tomu věnovali psychologové, psychiatři a lékaři z neurologie.

6. Objektivní anamnéza

Jako objektivní anamnézu jsme označili informace získané buď od rodinných příslušníků, přátel nemocného nebo informace ze zdravotnické dokumentace. V některých případech tyto informace omezovaly aktuálně probíhající zákazy návštěv z důvodu chřipkové epidemie, později z důvodu nouzového stavu a pandemie. U pacienta P1 rodina doplnila informace související s úrazem: „*On když doma chodí, tak nepoužívá ruce a zakopl v pantoflích, které mu padají o koberec a spadnul přímo na obličej*“ (Manželka P1). Při první návštěvě manželka udávala: „*Já ho vůbec takhle nepoznávám, není to pro něj ještě horší když jsem tady? Já přijdu zase zítra snad mu bude líp*“ (Manželka P1). Za pacientem P3 chodila jeho dlouholetá přítelkyně, která uvedla: „*Našla jsem ho ležet na zahradě na zádech, nemohl se zvednout, nejspíš o sobě chvíli nevěděl, nepamatoval si, co se stalo, musel z té střechy spadnout dolů, předtím tam něco opravoval*“ (Přítelkyně P3). Sestra pacienta P5 byla lékařem požádána o informace o sociální anamnéze, popisovala: „*Bydlí doma sám, jeho manželka zemřela před 6 lety, od té doby je tam sám, já si myslím, že by tam potřeboval občas pomoci, chodí za ním jeho děti*“ (Sestra P5). Pacient P10 když se dostal zpět do plného vědomí po prodělaném stavu akutní zmatenosti/deliria žádal: „*Prosím neříkejte to mojí mámě, ona by se zbláznila, bylo to prvně už si to nikdy nevezmu, chtěl jsem to jenom zkusit, ona o tom neví*“ (P10).

Manželka pacienta P14 řkala: „*V posledních pár dnech se choval divně, byl jako vyměněný*“ (Manželka P14). Za pacientem P20 denně docházela manželka ve stejnou dobu, informovala: „*On si to pívko doma dá rád, ale není to tak, že by ho vypil hodně. Normálně takový není, to bude asi tou operací*“ (Manželka P20). U pacienta P23 jsme měli informace od jeho dcery: „*My se s ním nikdo moc nestýkáme, nemáme kvůli tomu jeho pití dobré vztahy, žije sám, občas za ním chodí jeho současná manželka, ale myslím si, že spolu nebydlí*“ (Dcera P23).

4.3 Identifikační údaje rozhovory se sestrami

Sestra	Věk/ Vzdělání	Délka praxe	Místo praxe
Sestra 1	27 let / Mgr.	5 let	Vybrané chirurgické odd
Sestra 2	24 let / Bc.	2 roky	Vybrané chirurgické odd.
Sestra 3	38 let / SZŠ	16 let	Vybrané chirurgické JIP
Sestra 4	24 let / Bc.	2 roky	Vybrané chirurgické JIP
Sestra 5	24/ Bc.	2 roky	Vybrané chirurgické JIP
Sestra 6	27 let / Mgr.	5 let	Vybrané chirurgické JIP
Sestra 7	32 let / Bc.	8 let	Vybrané chirurgické odd.
Sestra 8	29 let / Bc. +ARO-JIP	7 let	Vybrané chirurgické JIP
Sestra 9	31 let /Bc. + ARO-JIP	9 let	Vybrané chirurgické JIP
Sestra 10	30 let / Mgr.	7 let	Vybrané chirurgické odd.
Sestra 11	34 let/ Dis.	12 let	Vybrané chirurgické odd.
Sestra 12	24 let/ Mgr.	2 roky	Vybrané chirurgické JIP
Sestra 13	25 let/ Bc.	3 roky	Vybrané chirurgické JIP
Sestra 14	25 let/ Bc.	5 let	Vybrané chirurgické odd.
Sestra 15	32 let/ SZŠ, ARO-JIP	12 let	Vybrané chirurgické JIP
Sestra 16	27 let/ Bc.	5 let	Vybrané chirurgické JIP
Sestra 17	27 let/ Bc.	5 let	Vybrané chirurgické JIP
Sestra 18	42 let/ SZŠ	18 let	Vybrané chirurgické JIP

SS1 je žena ve věku 27 let, pracující 5 let na vybraném chirurgickém oddělení, vystudovala Mgr.- v chirurgickém ošetrovatelství. SS2 je žena pracující 2 roky na vybraném chirurgickém oddělení, studovala Všeobecnou sestru- Bc. SS3 je žena se SZŠ, je jí 38 let a pracuje 16 let na vybraném chirurgickém oddělení, z toho 8 let na vybrané chirurgické JIP. SS4 je žena ve věku 24 let, pracující 2 roky na vybrané chirurgické JIP, vystudovala Bc. SS5 je žena pracující ve věku 24 let, pracující 2 roky na vybrané chirurgické JIP vzdělaná jako Bc.

SS6 je muž ve věku 27 let, vystudovaný jako Mgr., pracující 5 let na vybrané chirurgické JIP. SS7 je muž ve věku 32 let, vystudoval Bc., pracuje na chirurgickém oddělení 8 let, z toho poslední rok přešel na ambulanci. SS8 je žena ve věku 29 let, má Bc. a specializaci ARO-JIP. Pracuje na vybrané chirurgické JIP 7 let. SS9 je žena ve věku

31 let, vzdělaná stejně jako SS8, pracuje také na vybrané chirurgické JIP 9 let. SS10 je muž ve věku 31 let, pracující 7 let na vybraném chirurgickém oddělení.

SS11 je žena, ve věku 34 let, pracující 12 let na vybraném chirurgickém oddělení, vystudovala VOŠ. SS12 je žena ve věku 24 let, pracující 2 roky na vybrané chirurgické JIP, vystudovala Mgr. v chirurgickém ošetřovatelství. SS13 je žena pracující 3 roky na vybrané chirurgické JIP, vystudovala Bc. SS14 je žena ve věku 25 let, vystudovala Bc. a pracuje 5 let na vybraném chirurgickém oddělení. SS15 je žena ve věku 32 let, pracovala 4 roky na standardním oddělení, nyní již 8 let na vybrané chirurgické JIP, vystudovala SZŠ a udělala si specializaci ARO-JIP. SS16 je žena ve věku 27 let, pracující na vybrané chirurgické JIP 5 let, je vzdělaná jako Bc. SS17 je žena pracující na vybrané chirurgické JIP 5 let, vystudovala Bc. SS18 je žena ve věku 42 let, vystudovala Bc. a pracuje 18 let na vybrané chirurgické JIP.

4.3.1 Seznam kategorizačních skupin- rozhovory sestry

- 1. Projevy deliria**
- 2. Intervence**
- 3. Hodnotící škály**
- 4. Komunikace**

1. Projevy deliria

Sestry často neznaly rozdíl mezi akutní zmateností a deliriem. Většinou udávaly pro akutní zmatenost specifické projevy a pro delirium také: „*Delirium je kvalitativní porucha vědomí, při níž dochází k náhlé změně chování, pro které je charakteristická například právě akutní zmatenost s dalším výskytem poruchy myšlení*“ (SS5). nebo: „*Delirium je když chybí nějaká látka- alkohol, drogy...tedy nejspíš (smích) a akutní zmatenost je vyvolaná změnou prostředí, úrazem a dalšími*“ (SS8), „*Kvalitativní porucha vědomí- bludy, halucinace, agrese, dezorientace, dlouhodobá, ale u každého pacienta probíhá jinak. Několik druhů. Akutní zmatenost= dezorientace místem, časem, osobou může být i složka deliria*“ (SS15). Hledaly rozdíly hlavně v názvu, například, že když se diagnóza jmenuje akutní zmatenost bude to akutní a aktuální problém a delirium bude naopak dlouhodobý problém: „*Akutní zmatenost bude krátkodobá a je to akutní problém a trvá delší dobu*“ (SS13), „*Delirium je kvalitativní porucha vědomí. Zmatenost je aktuální stav, kdy pacient není orientovaný místem, časem nebo osobou nebo všemi složkami*“ (SS17). Jen ve čtyřech případech si sestry myslely, že se jedná o identickou diagnózu, tedy, že delirium a akutní zmatenost je stejná diagnóza: „*Podle mě je to jedno*

a to samé“ (SS1). A že to může být jen rozdílný název: „Nemyslím si, že je v tom rozdíl, jsou to jen rozdílné názvy pro stejnou diagnózu“ (SS12). Podobné odpovědi uváděly i sestry SS7 a SS14.

Sestry měly povědomí o tom, jak se akutní zmatenost/ delirium projevuje. Udávaly poruchy spánku, dezorientaci, halucinace, poruchy paměti, poruchy vědomí, poruchy myšlení, agresivitu, tachykardii: *„Individuálně. Někdo reaguje přehnaně, jiný zas apaticky až laxně. Nejčastěji jsem se, ale setkal s výstředním chováním-bludy, křik, neklid, agrese atd“ (SS7). „Poruchy spánku, halucinace, neklid, dezorientace, agresivita či naopak pláčtivost“ (SS1). „Myslím si, že delirium se projevuje nejčastěji právě zmateností, dále poruchami paměti, myšlení, pozornosti. Pacienti nejčastěji neví, kde jsou nebo na jaké místě-například doma. Oslovují personál jmény svých potomků nebo příbuzných. Tito pacienti mohou být i agresivní, mohou nejen verbálně napadat personál, je s nimi obtížná spolupráce“ (SS2). Nebo taky formou neklidu, různými typy halucinací, bludů: „Delirium se může projevovat například formou neklidu (agresivita), mohou se objevit různé typy halucinací a bludy. Pacient může také reagovat zmateně“ (SS5), „Bludy, halucinace, zmatenost, agrese, výrazný neklid“ (SS15). Také sestry uváděly subfebrilie až horečky, emoční labilitu, vyčerpanost pacienta: „Tachykardie, hypertenze, subfebrilie až horečky, neklid, neorientace pacienta, někdy až halucinace, emoční labilita, vyčerpanost pacienta. Poruchy spánku“ (SS18). Podobné příznaky uváděla i sestra SS16 a SS17.*

Sestry odpovídaly, že je akutní zmatenost/ delirium způsobeno intoxikacemi alkoholem nebo drogami, věkem, změnami prostředí, pooperačním stavem, léky. Dále sestry udávaly možnost působení infekce, cévní mozkové příhody, metabolické a neurologické onemocnění: *„Ve své práci se nejčastěji setkávám s pacienty, u kterých je delirium následkem užívání drog, alkoholu a léků. Další stavy, se kterými jsme se setkala byla důvodem celková sepse pacienta nebo cévní mozková příhoda“ (SS5). „Osobně mám největší zkušenost s pacienty, kteří prodělali narkózu a bylo jim přes 60 let“ (SS7), sestra SS15 doplnila dehydrataci, horečky a úrazy hlavy: „Intoxikace léky, drogy, alkohol. Úraz hlavy. Dehydratace a horečky“ (SS15), podobný názor měla sestra SS16: „Léky, poranění mozku, drogy a některé léky“ (SS16). Sestra SS4 doplnila do příznaků poškození mozku a orgánových soustav: *Způsobuje to poškození mozku a orgánových soustav“ (SS4). Sestra SS9 uváděla demenci, bolesti a nadměrný strach. Atraktivní odpověď měla i sestra SS13: „Intoxikace prášky na uklidnění, alkohol, drogy, řekla bych že i po operacích a taky si myslím, že člověk, který je zvyklý na svoje prostředí tak u něho se to taky rozvine“**

(SS13). Sestra SS18 se domnívala, že akutní zmatenost/ delirium je způsobeno špatným dávkováním léků, hypoxií a neurologickými poruchami epilepsií: „*Intoxikace drogy, alkohol. Špatné dávkování léků. Hypoxie. Horečky. Neurologické poruchy-epilepsie*“ (SS18).

2. Intervence

Sestry napadaly různé zásady, jak k nemocným přistupovat. Udávaly například dostatečnou trpělivost, jasnou komunikaci, toleranci, nehádat se s nimi: „*Dostatečná trpělivost, jasná komunikace, tolerance, nevyvracet jim to, co nám sdělují, nehádat se a nezvyšovat hlas*“ (SS1). Sestra SS18 doplnila, že by zapojila rodinu nemocného, věnovala pacientovi více času a byla otevřená všem možnostem: „*Empatie, správně komunikovat, práce s rodinou, dodržování ordinací lékaře, být otevřená všem možnostem. Věnovat pacientovi více času*“ (SS18). Dále také vysvětlovaly přistupování podle stavu nemocného, snahu o pochopení jeho potřeb: „*Přistupovat k němu s ohledem na jeho stav. Pokusit se zjistit pacientova přání a dát najevo zájem*“ (SS2). „*Opatrně především (smích)*“ (SS3). Pro některé sestry bylo podstatné zjistit jakou má akutní zmatenost/ delirium příčinu: „*Zásadou je podle mého názoru nalézt příčinu, která delirium způsobuje a pokud je to možné, co nejdříve ji odstranit*“ (SS5). Pro některé bylo velmi důležité zajištění bezpečnosti nemocného: „*V první řadě je potřeba zajistit jejich bezpečnost, aby si nezpůsobili případná poranění, dále také v souvislosti s dalšími osobami, aby nedošlo k jejich napadnutí. Následná je také moje bezpečnost a dalšího personálu*“ (SS6). Na důležitosti správné komunikace se shodlo hned několik sester (SS5, SS6, SS7, SS12, SS13 a další). Některé sestry se také zmínily o časném užívání omezovacích prostředků: „*Spousta sester to řeší tak, že se s nimi začnou hádat a dávají jim léky a zavážou je, ale snažila bych se jim udělat klidné prostředí, pravidelný režim*“ (SS13) „*Zbytečně nepoužívat omezovací prostředky*“ (SS14). Pro sestru SS14 bylo důležité mít na takového nemocného dostatek času: „*Mít na ně dostatek času*“ (SS14). Některé sestry by se zaměřily na dostatečnou hydrataci, prevenci pádu, dekubitů a další: „*Klidný empatický přístup, dostatečná hydratace, prevence pádu, dekubitů, polohování*“ (SS4). Sestry udávaly i dodržování denních aktivit: „*Snažit se dodržovat biorytmy*“ (SS10). Pro sestru SS15 byla důležitá trpělivost a farmakoterapie: „*Být více trpělivá a podávat léky k tišení momentálního stavu*“ (SS15).

Sestra SS1 by dávala pozor na to, aby měl nemocný své osobní věci na dosah: „*Mít své osobní věci na dosah*“ (SS1) tento názor sdílela i sestra SS15: „*Věci které znají, hudba, fotky*“ (SS15), také sestry SS16, SS17 a SS18 měly stejný názor: „*Osobní věci,*

polštář, voňavka, fotky, povlečení, plyšák“ (SS16) nebo *„Cokoliv co přinese rodina, od osobních věcí po dárky“* (SS18). Sestry se shodovaly a uváděly, že by nemocnému v orientaci mohlo pomoci opakování místa, kde se nachází, co se mu stalo, jaký je datum nebo denní doba, jestli ráno, poledne nebo večer, kolik je hodin: *„Opakovat jim, kde jsou, co se stalo, že jsou v nemocnici, v jaké nemocnici, jaký je datum a čas“* (SS3) *„Opakováním, kde se nachází, co se stalo, jaký je den a datum, kolik je hodin, denní doba-ráno, poledne, večer“* (SS11) *„Pomáhat s orientací, nehádat se s nimi o tom, co si myslí“* (SS12). Také by mohlo pomoci mít někde na očích hodiny a kalendář: *„Hodiny, kalendář, návštěvy rodinou“* (SS4) *„Ted' mě napadly asi hodiny“* (SS14). Také se shodovaly, že velkým pomocným aspektem by mohla být přítomnost rodiny: *„Kontakt s rodinou“* (SS8) *„Předměty z domu, co by jim přinesla rodina, kontakt se známým prostředím“* (SS13). Dalším často zmiňovaným bodem byla komunikace, která by podle sester měla být klidná: *„Důležitou zásadou je správná komunikace“* (SS5) *„Dialog s personálem, rodinou či někým známým“* (SS7). Některé sestry popisovaly, že by měl pomoci pravidelný denní režim, spánek, strava nebo také léky: *„Myslím si, že hodně pomůže pravidelný režim. Ted' mě ještě napadá, že by bylo dobře, aby když máš třeba tři denní, aby si měla pokaždé toho člověka na starosti, aby se o něho nestaralo více lidí, možná i nějaký rituál, že třeba při hygieně u něho budeš pouze ty“* (SS13) *„Určitě spánková hygiena pokud je to možné. Strava a celkově se snažit navodit zdravý režim. I léky zde hrají velkou roli-na zvážení podle průběhu zmatenosti a nemoci“* (SS7). Sestry také uváděly, že by nemocným mohly pomoci fotografie rodiny, na které by viděl nebo nějaké předměty: *„Mohou pomoci i věci pacientovi blízké. Fotografie rodiny či předměty, na které pacient zvyklý“* (SS2) *„Fotky rodiny, známé předměty“* (SS12) *„Rodinné fotografie, vlastní věci polštář, plyšák“* (SS9) *„Fotografie na nočním stolku“* (SS1). Stalo se také, že sestru nenapadlo nic konkrétního, co by nemocnému mohlo pomoci: *„Nenapadá mě ted' nic“* (SS6).

Velká většina sester se shodovala, že by doporučila přítomnost rodiny u nemocného, který prodělává akutní zmatenost/ delirium. Některé sestry udávaly souvislost s neznámým prostředím: *„Ano. Pacienta to uklidňuje a rodina je informována o stavu pacienta a vidí postupné zlepšení“* (SS18), *„Určitě ano, nemocniční prostředí je pro ně cizí a kontakt s rodinou by mohl přispět k výraznému zlepšení stavu“* (SS1). Jiné zase povídaly o souvislosti s psychickým stavem nemocných: *„Určitě, pacienti pak nemají pocit, že jsou opuštěni a stále mají určitou naději. Někdy se nám stává, že když rodina nepřichází, pacienti jsou pesimističtí, nechtějí žít, jsou celkově zklamaní. Když rodina*

nemůže přijít je velice dobré alespoň jednou za den se ozvat přes telefon. Na pacientech je to hned znát, mají hned chuť do života. Někdy se, ale stane, že návštěva pacienta spíš rozruší, než aby mu zvedla náladu a celkově jeho stav. To pak musí personál zvážit s rodinnou další návštěvu. Zda ano či ne.“ (SS2). Sestry také uváděly, že by návštěvu rodiny doporučovaly podle toho v jakém jsou doma vztahu: „Pokud má pacient dobrý vztah s rodinnou a rozumí si s nimi, myslím si, že je dobré, aby rodina s pacientem v době deliria komunikovala. Pacient je zná a je na ně zvyklý. Mohlo by to mít pro pacienta pozitivní následek a mohlo by to pomoci zvládnout jeho stav nebo alespoň trochu zmírnit“ (SS5). Sestra SS13 se domnívala, že na tuto otázku se nedá přesvědčivě odpovědět: „Myslím si, že ano, že je to vhodné. Je to takové diskutabilní, je fajn, že má kontakt s rodinou, ale zase když pak odejde jestli to není horší, ale určitě je fajn když jsou tam s nimi“ (SS13). Setkali jsme se také s negativním názorem na oblast přítomnosti rodiny u nemocných prodávajících akutní zmatenost: „Já si to nemyslím, nemám dobrý pocit když je rodina tak vidí. Když je to starší babi, tak na ně reagují dobře i jídlo si od nich vezme kolikrát radši než od nás, ale u těch závislostí ne, to si myslím, že je pro tu rodinu lepší to nevidět“ (SS3), „Ne, pacient je těžce rozrušený, může být agresivní a zbytečně to zatěžuje rodinu“ (SS15) nebo: „Ne, snažíme se omezit návštěvy na minimum“ (SS16). Od sestry SS4 jsme dostali pouze odpověď ne. Ostatní sestry se ztotožňovaly s předchozími názory sester, že by rodinu u těchto nemocných určitě doporučily a přijde jim vhodné její zapojení do péče.

Kompenzační pomůcky by některé sestry nemocným dávaly, ale jiné jsou zase proti. Domnívaly se, že by si s nimi mohli spíše ublížit: „V akutní fázi nebo...záchvatu...ne, mohlo by dojít k poranění. V klidnější fázi se o to snažíme. Pacient díky nim lépe vnímá a to zase může mít pozitivní výsledek v rámci terapeutických úkonů“ (SS6) „Ne- riziko sebepoškození“ (SS9) „Já je radši v rámci bezpečnosti nedávám“ (SS14), „Ano, podle toho v jaké fázi“ (SS15) nebo je rozbít: „Nedáváme, myslím, že by to přišlo k úhoně, akorát by to po nás chtěli zaplatit“ (SS3). Sestry udávaly také, že nemají rády když se někomu nedávají hlavně naslouchátka, když je mají mít: „Pokud nehrozí riziko sebepoškození, tak ano. Těžko se budu snažit zlepšit orientaci když neuvidí nebo neuslyší...nebo oboje (SS11) „Určitě ano, já úplně nesnáším když mají naslouchátka a nepoužívají ho. Je to náročné pro nás tak i pro všechny ostatní...i oni se cítí líp“ (SS13), „Ano, vždy! Usnadňuje to komunikaci“ (SS18). Sestry odpovídaly, že by je dávaly podle stavu nemocného: „Zase záleží dle stavu pacienta. Podle mého zvážení a fáze deliria bych se rozhodl, zda pacientovi tyto pomůcky poskytnout. Každopádně bych se snažil

preferovat cestu, že pacient tyto pomůcky bude mít k dispozici“ (SS7). Sestra SS8 by dávala kompenzační pomůcky podle míry handicapu nemocného: „Záleží na míře handicapu, při těžkém bych je dala“ (SS8). Sestry také udávaly, že jsou kompenzační pomůcky velmi důležité i v rámci komunikace: „Ano dáváme. Dle mého je to důležité pro komunikaci a možnost uklidnění pacienta. Kdybychom nedali naslouchátko, tak bychom se špatně domluvili a uklidňovali pacienta a když pacient špatně vidí, tak pro jeho psychiku je to velice náročné“ (SS2).

Nejčastěji se sestry shodovaly, že by nemocnému v orientaci pomohly neustálým opakováním, kde se nachází, co se stalo, jaký je den a denní doba: „Když přijdu na pokoj, začínám konverzaci s tím, jak se dnes mají a vyslovím den v týdnu a čas. Někdy zmíním i to, že jsou v nemocnici“ (SS2) „Opakováním, kde je, co se stalo, že např. dcera o tom ví a co říkala, proč je důležité, aby dělali co říkáme“ (SS8) „Opakováním- času snídaně, oběd, večeře, ranní a večerní hygiena, místa kde se nachází a co se stalo“ (SS9) „Ano opakují neustále dokola, co se stalo, proč jsou v nemocnici, jaký je datum, denní doba, co se bude dít- snídaně, převaz“ (SS12) „Snažila bych se říkat novinky, co je za den a datum, co se děje“ (SS14). Některé by doplnily ještě pravidelný režim: „Poskytuju jim pravidelný režim, když jsem se špatnou směnou, která by ho chtěla tlumit léky a kurtovat, tak se k nim snažím chodit já a udělat mu režim, dávat léky, navázat kontakt, vztah, aby byla ta komunikace lepší (SS13). Většina považovala za hlavní aspekt zlepšení orientace komunikaci na dobré úrovni: „Dostatečná a klidná komunikace, projevovat zájem o pacienta“ (SS5) „Rozhovor, vlídné slovo, mimika“ (SS7). Dalším pomocníkem by mohly být pravidelné návštěvy rodiny nemocného: „například zajištěním pravidelného kontaktu s rodinou“ (SS1), „Ano, pomoc rodiny, používání jejich osobních věcí“ (SS18).

Sestry by ke každému nemocnému přistupovaly stejně profesionálně, ale: „Ke všem pacientům bychom měli přistupovat profesionálně a zajímat se o ně a jejich potřeby. Pokud u pacienta probíhá delirium, je důležité dbát na větší dohled, projevovat o pacienta zájem“ (SS5), „Ne. Základ je stejný-bezpečnost pacienta a personálu, komunikace a dodržování ordinace dle lékaře. U delirantního pacienta se spíše očekává změna chování a stavu vědomí, proto je na místě větší obezřetnost a dohled“ (SS6). Někdy je třeba být více ve střehu: „Vesměs je přístup stejný. Akorát u zmatených se snažím dle stavu zapojit více, řekl bych, že jsem více ve střehu“ (SS7), ale určitě by neměly stejný přístup k orientovanému nemocnému a k nemocnému, který prodělává akutní zmatenost/delirium: „To určitě ne. Ani to nejde. Chovat se k pacientovi, který je plně orientovaný jako k pacientovi s deliriem by nebylo vhodné. Myslel by si o mě asi, že s ním mluvím jako

s malým dítětem. Ke všem se, ale chovám stejně slušně“ (SS2), „Nemůžu mít stejný přístup. Chovám se ke každému odlišně“ (SS3), ani by to podle nich nešlo: „Rozhodně ne, to ani nejde“ (SS8). Delirantní nemocný potřebuje jednodušší způsob komunikace a správné výrazy: „Ne. K delirantnímu nemocnému je zapotřebí postupovat v klidu s jednoduchými výrazy a stálým opakováním“ (SS9). Některé sestry zastávaly i názory, že si delirantní nemocný zaslouží stejný přístup jako nemocná plně orientovaný: „Ano“ (SS10). Další sestry udávaly, že by volili pro každého nemocného individuální přístup: „Ne, ke každému individuálně“ (SS4), „Ne to by určitě nešlo, každý člověk potřebuje individuální přístup, se zmateným pacientem je více práce“ (SS11) a „V žádném případě ne, to by ani nešlo. Zmatený člověk potřebuje vyšší kontakt, pozornost, péči a další... Mimo jiné každý nemocný potřebuje individuální přístup, nelze je hodit do jednoho pytle“ (SS12). Pro nemocného prodávající akutní zmatenost/ delirium potřebují více času: „Delirantnímu věnuju více času, s tím smyslem, že na něho mám dohled i o nočních, aby nebláznil nebo si něco neudělal nebo tak, ale jinak ho nijak nevyvrhuju“ (SS13).

Otázkou na vynechávání sedativních léků v denní dobu jsme jednu sestru trochu zaskočili, uváděla, že nikdy nad tím takto nepřemýšlela: „Upřímně jsem nad tím cíleně nikdy nepřemýšlela. Pokud se jedná například o opiáty a vím, že je pacient hodně bolestivý, podám je vždy, bez ohledu na denní dobu“ (SS1). Vždy se sestry řídí ordinací lékaře: „To je spíš na ordinaci lékaře, ale když je pacient klidný, není třeba ho tlumit ani přes den ani přes noc. U některých je sedativní terapie nutná kontinuálně. My můžeme většinou jen zmínit svůj názor na to“ (SS2), „Dle ordinace lékaře“ (SS10) nebo „Ano, vše je individuální. Nicméně pokud podání léku vyžaduje lékař, jsme nuceni podat i když náš názor je v tu chvíli odlišný“ (SS5). Podávání sedativních léků upravují společně s lékařem podle toho v jakém stavu se nemocný aktuálně nachází, ale když je to aspoň trochu možné, tak se o to snaží: „Snažíme, když to jde“ (SS3), „Když by to šlo, tak ano, ale pokud je to vážné a je nemocný agresivní, tak bych je určitě nepřestal dávat“ (SS14). Taky se zaměřují na to, aby nebyl lék vysazován příliš brzo a udělala se jeho dostatečná hladina a tím i jeho účinek, brzké vysazování může způsobit opačný efekt a lék nebude účinný: „Podle situace, ale spíš ne, aby byla dodržena hladina léku a byl zachován jeho účinek“ (SS4), „Není-li to v rozporu s ordinací lékaře a dovoluje to stav nemocného, tak aby to nebylo příliš brzo a stihla se udělat hladina léku, aby se dostavil účinek...nejde to říct si jo, teď je v pohodě nic mu nedáme a do večera zdivočí a noční směna bude do rána bojovat s tím, aby ho trochu zklidnila“ (SS12). Na některých odděleních je zvyklostí sedativní léky podávat pouze na noc, tedy pokud to stav vyžaduje musí nemocné tlumit i

přes den: „U nás na oddělení tyhle léky na tlumení se snažíme dávat jen na noc. Ale když jsou fakt divoký, tak dáváme i přes den“ (SS13). Sestra SS15 a SS16 by nevynechávali sedativní léky během denní doby a naopak sestry SS17 a SS18 se o to snažily.

Sestry se při buzení nemocných v denní dobu hodně ohlížely na jejich celkový stav: „Pokud to jenom jde, snažíme se přes den pacienta zaměstnat různými aktivitami...komunikace, knihy apod“ (SS5). Hodně se snažily nemocné budit a aktivizovat je: „Ano, aktivizuji pacienta přes den. Navštívuji je a vyptávám se pacienta, abych udržela jeho pozornost a oddálil pocit únavy. Je to důležitý aspekt k rychlému průběhu deliria a brzkému navrácení sebe sama“ (SS7), „Ano, já je budím, chodím pravidelně na pokoj, aby pak v noci spali a neměli to rozhozené“ (SS14). Sestry také udávaly, že to nedělají jen u nemocných, kteří prodělávají akutní zmatenost/ delirium, ale u všech svých hospitalizovaných pacientů: „Ano, já to dělám u všech nejen u zmatených lidí. U nás se to hlídá, aby ty lidi byli fakt aktivní a nespali přes den“ (SS13). Také jsme dostali odpovědi, že pokud je jedná o rychlý odpočinek po obědě, tak je nemají důvod budit hned: SS6. Sestry také využívaly možnost zapojení rodiny do péče a aktivizace nemocného: „Zajistit návštěvu rodiny, která se může věnovat víc, než ošetřující personál, který má na starosti mnohdy dalších x pacientů“ (SS5). Nejen nemocné budily, ale také jim sháněly různé čtení, opakovaly s nimi dechovou rehabilitaci a další: „Ano snažím se. Třeba tady u pána pěkně brejličky jsem mu umyla, časopis jsem mu dala, kuličky na foukání jsem mu dala. Protože vím, jak to chodí. Celej den prospí, pak v noci divočí“ (SS3). Sestry SS15, SS16 a SS17 se také snažily nemocné budit v denní dobu.

Když se jednalo o nemocného, který je v těžkém stavu a celkově je vyčerpaný a unavený, tak se snažily je naopak nechat odpočinout: „Snažím se, ale kolikrát je pacient už tak unavený a vyčerpaný, že spí i přes den. A někdy síla nabrat musí“ (SS9).

3. Hodnotící škály

Sestry neznaly hodnotící škály určené konkrétně na akutní zmatenost/ delirium. Jedinou uvedenou škálou, kterou na hodnocení používají bylo Glasgow Coma Scale: „Na akutní zmatenost ne, pouze GCS“ (SS4). Uváděly, že hodnocení těchto nemocných provádí lékař a zaznamenává to do zdravotnické dokumentace: „Ne pokud pacient prochází deliriem, vyhodnocení provádí lékař“ (SS5), „Ne, hodnocení provádí lékař a zapisuje je do lékařské dokumentace“ (SS6). Na některých odděleních bylo zrušeno hodnocení pomocí ošetřovatelských diagnóz: „Hodnocení ošetřovatelských diagnóz se u nás na oddělení zrušilo, ale vím od kolegyní, že dříve se tato diagnóza zakládala“ (SS12), ale přesto ošetřovatelskou diagnózu „Akutní zmatenost“ znaly z hodnocení v minulých

letech: „Dříve ano, dnes už ne, když se psala psalo se do ní, že jsou zábrany u lůžka, kurty pokud byly, preventivní opatření...výsledek to nemělo, ale psala se“ (SS3). Tam, kde se stále používají a píší se ošetrovatelské diagnózy neznaly právě tuto: „Hodnocení pomocí ošetrovatelských diagnóz používáme, ale přímo na akutní zmatenost nemáme nebo respektive nehodnotíme“ (SS13). Setkali jsme se s názorem, že by bylo dobré začít tuto ošetrovatelskou diagnózu zaznamenávat, protože je to velmi důležité: „Já bych tuto diagnózu do ošetrovatelské anamnézy zaznamenával. Je to důležitý fakt“ (SS7). Pro některé sestry je psaní ošetrovatelských diagnóz zbytečným papírováním: „Tuto diagnózu neznám...je to zbytečné papírování“ (SS11).

4. Komunikace

Ve dvou případech v sobě sestry našly prvotní nejistotu, ale když nad tím přemýšlely na nějaké zásady komunikace s pacientem prodávajícím akutní zmatenost/ delirium přišly: „Vlastně nevím, komunikace s těmito pacienty je velice náročná, vždy se snažím udělat opravdu maximum, ale když to nepomáhá, začínám být mnohdy zoufalá“ (SS1), „Nejsem si úplně jistá, asi bych se snažila mluvit v klidu a dávala bych jednoduché pokyny a věty“ (SS14). Velká část se přiklání ke klidnému přístupu: „Snažím se k nim přistupovat klidně“ (SS3), „Klidná komunikace, mít o pacienta zájem. Pokud je pacient agresivní, je důležité zůstat v klidu. Mluvit s pacientem klidným a srozumitelným hlasem. Vyvarovat se prudkým projevům, projevit empatii, zaměřit se na pocity pacienta“ (SS5), bez zbytečného dohadování: „Nevyvracela bych mu to, v co věří“ (SS13), nevyvracet jim jejich názory: „Nevyvracet přesvědčení klienta, odvést pozornost na jiné věci“ (SS4), „Nedohadovat se s ním“ (SS13). Také by se vyvarovaly agresivnímu chování, zvyšování hlasu, špatným neverbálním projevům: „Nezvyšovat hlas, pozor na neverbální komunikaci“ (SS4), „Vyvarovat se agresivity“ (SS10), „Nezvyšovat zbytečně hlas, jasné a stručné věty“ (SS11). Snažily by se chovat empaticky, lidsky, všechno by v klidu vysvětlily: „Empatie, lidský přístup. Vše se snažit vysvětlit a oznámit“ (SS7), „Být více empatická, opakovat věty, mluvit pomalu“ (SS18). Vyhledávaly by jednoduché, srozumitelné a nekomplikované výrazy: „Především zjednodušit komunikaci, aby byla nekomplikovaná, dobře srozumitelná a jasná. Žádné složité věty, jednoduché příkazy“ (SS6), „Pouze jednoduché výrazy a jejich opakování“ (SS9), „Mluvit více zřetelně a pomalu, používat jednoduché věty“ (SS15), nehádaly by se s nimi nebo na ně dokonce nekřičely, ale mluvily by dostatečně nahlas: „Snažit se za jakékoliv situace udržet klidnou hlavu, nehádat se s nimi, nekřičet na ně, vyslechnout, co říkají, mluvit s nimi srozumitelně. Dostatečně nahlas, v jednoduchých větách, bez zbytečných podrobností“

(SS12), „Nedohadovat se sním, nebyť na něj zlá, tím, že budu proti němu to ještě vystupňuju“ (SS13). Sestry také uváděly, že by se vyhnuly zbytečným narážkám a neprovokovaly nemocné: „Nepoužívat žádné narážky na nemocného. Především nenechat se vyprovokovat a nevyprovokovat pacienta“ (SS2). Vyhnuly by se předání všech informací najednou, ale snažily by se je sdělovat postupně a případně opakovat: „Přikláním se k postupnému přidávání informací, v akutním stavu mu nevysvětlovat, že to má popletené, ale jen zajistit bezpečí a při ústupu uvádět věci, tak jak jsou“ (SS8).

V otázce, zda by nemocné informovaly o tom, jak se chovali, když prodělávali akutní zmatenost/ delirium se sestry rozdělily na tři tábory. Jeden byl pro, aby se to nemocným říkalo: „Já bych jim to říkala“ (SS14), „Ano“ (SS10), „Ano, občas...ale asi by se to nemělo“ (SS8), „Občas ano, ale ne vždy, alkoholikům většinou ano“ (SS3), „Ano, vždy!“ (SS15). Druhý byl také pro informování nemocného o jeho projevech deliria, ale záleželo jim na aktuálním stavu nemocného: „U většiny případů má pacient na proběhlý stav amnézii. Mnohdy se ptají, jak se chovali. Můžeme si s pacientem promluvit, ovšem je důležité nedávat mu nic za vinu, vysvětlit mu, o jakou situaci šlo a proč vznikla. Záleží asi taky na celkovém stavu pacienta“ (SS5), „Záleží především na celkovém stavu pacienta. Pokud má další poruchy vědomí a nedokáže přijímat pohledy o svém chování, bude tato komunikace bezúčelná. Pokud je pacient schopen v klidové fázi vnímat a aktivně komunikovat a přemýšlet, je dobré jej s realitou přiměřeným způsobem konfrontovat“ (SS6). A poslední skupina byla proti předávání informací nemocnému o jeho chování při akutní zmatenosti/ deliriu: „Nikdy, protože vím, že tento stav, který v tu chvíli nemůže nijak ovlivnit“ (SS1), „Ne, nemuselo by to být příjemné a ani si to nemusí pamatovat a cítil by se ponížene“ (SS9), „Ne nemyslím si, že je to vhodné...zpravidla za to nemůžou a nepamatují se“ (SS11), „Ne, není to podle mého názoru vhodné...on si svůj stav neuvědomuje“ (SS12), „Ne nikdy, pacient za svoje chování nemohl a nijak mu to v další léčbě nepomůže“ (SS18).

Také se našly sestry, které by tyto informace předaly až po dotace nemocného: „Někdy, když se sám zeptá“ (SS4), „Když se pacient zeptá, tak mu kulantně o tomto stavu řeknu, ale vynechám informace, které by mohly ovlivnit psychické rozpoložení a tudíž i průběh léčby. Ať už se pacient zachoval jakkoliv“ (SS7). Sestra SS2 brala ohled na skupinu dementních pacientů, u kterých se také akutní zmatenost/ delirium vyskytuje: „U dementních pacientů většinou ne. U ostatních ano. Někdy se stane, že si pacient něco pamatuje a ostatní má v mlze“ (SS2).

5 Diskuze

5.1 Diskuze- pozorování sestry

Černá Pařízková (2019) pojala delirium jako akutní kvalitativní poruchu vědomí s širokým spektrem příznaků. Holmerová (2017) popisuje delirium jako jeden z nejzávažnějších problémů především u hospitalizovaných geriatrických pacientů, vyskytuje se ve 20 až 40 %. My jsme pozorovali 27 pacientů, z toho 18 z nich se nacházelo ve věku nad 60 let. Se stárnoucí populací se zvyšuje polymorbidita jedinců a tím rostou i jejich predispozice pro akutní zmatenost/ delirium. S polymorbiditou souvisí i polypragmázie, která je většinou s rostoucím věkem úzce souvisí a současně je i jedním z rizikových faktorů. Péče o nemocné s akutní zmateností/ deliriem je složitá, protože nikdy není jasné, jaké projevy bude nemocný mít a jak se bude chovat. Sestry při péči o tyto nemocné mají velkou psychickou zátěž, nemohou si dovolit chvilkovou nepozornost. Tomu odpovídá informace od Bártové a Resslera (2011) že, je delirium výsledkem několika rizikových faktorů. Jedním z nich je například prostředí, ve kterém se nemocný nachází. Hovorka a Praško (2014) by zahájili terapii úpravou enviromentálních podmínek, zajištěním klidného prostředí, pravidelných kontrol personálem, snažili by se minimalizovat hluk, a zajistili by slabé noční osvětlení. V rámci pozorování sester jsme se zaměřili právě na tyto aspekty. Pokud to stav oddělení umožňoval, tak s tím sestry ve většině případů neměly problém. Snažily se pro pacienty vyhledat místo, kde se s nimi nemuselo zbytečně manipulovat při každé příležitosti. Ne vždy bylo možné mít nemocného samotného na pokoji, hlavně v případě rozložení některých JIP, kde byly lůžka oddělena pouze závěsy a všechny se nacházely v jedné velké místnosti. V takových prostorech nebylo možné upravit hlučnost a dopřát nemocnému dostatek klidu pro rekonvalescenci. Některé sestry pracovaly na JIP, které disponovaly boxy. Pokud mělo možnost využít tohoto prostoru snažily se nemocné přesunout do boxů. Bohužel ne všechny sestry na tento způsob péče měly stejný názor, pro některé nebylo důležité, aby měl nemocný klidné prostředí, i když sám se postaral o hluk a nepříjemné prostředí pro ostatní pacienty.

V rámci úpravy enviromentálního prostředí jsme se zaměřili na odstranění, co největšího množství rušivých elementů. Tato oblast byla spíše zaměřena na sestry pracující na JIP/ARO nebo pooperačních pokojích, tedy místech, kde jsou nemocní většinou trvale napojeni na monitorech. Kabely často nemocným překážely, tahaly si za ně. Ve stavu akutní zmatenosti/ deliria nemocným ke zlepšení stavu rozhodně

nepomůžou, spíše jim vadí a chovají se pak nevrle nebo agresivně, protože pokud nemá monitor ztišené alarmy, tak po odpojení z kabelů, které snímají srdeční činnost, měří tlak nebo snímají hodnoty saturace pomocí čidla, začnou vydávat nepříjemné zvuky, pro personál to bylo výhodou, protože mohli dříve zareagovat, pro pacienta to bylo nepříjemností. Pro sestry je to velmi složité takové nemocné potřebují mít napojené na monitorech, aby mohly sledovat jejich fyziologické a na případné změny adekvátně reagovat. Domníváme se, že nejlepší variantou by bylo eliminovat množství kabelů na nezbytně nutné, tedy pokusit se mít kontinuálně zajištěné hodnoty srdeční frekvence, ať už ze saturačního čidla nebo ze svodů na EKG, manžetu na měření tlaku po každém měření sundat a při dalším měření zase nandat, ale nenechávat ji nemocnému po celý den. Každý nemocný bude lépe snášet jinou variantu, proto je vhodné je vyzkoušet a přijít na to, co bude pro obě strany nejlepší. U námi pozorovaných sester jsme si všimli, že se snaží mít některé nemocné za každou cenu zbytečně na všech variantách snímání a musí u nemocného stát každých 5 minut, opakovaně nalepovat svody, přemotávat manžetu. Nemocné tento přístup otravuje. Každou chvíli, po nich někdo něco chce.

Neklidné prostředí byly sestry schopny zlepšit kvalitní komunikací, kterou Káňová a Ševčík (2015) také zařadili mezi jedny z nejdůležitějších nefarmakologických opatření. Vycházeli jsme z poznatků z teoretické a praktické části diplomové práce shodneme se s dříve citovanými autory. Komunikace by měla být vedena na klidné vlně, nemocného bychom neměli zahltit informacemi. Věty by měly být jednoduchého charakteru bez odborných výrazů, slova bychom měli volit tak, aby nám laik rozuměl. Zdravotníci se často využívají právě odborné zdravotnické výrazy a zapomínají na to, že ani oni dříve by takovým slovům nerozuměli a co poté pacienti. Pozorované sestry si na komunikaci s nemocnými s akutní zmateností/ deliriem nechávali více času, aby měly prostor pro zopakování, co říkaly nebo k zodpovězení na dalších otázkách.

Komunikace úzce souvisí s reorientací nemocných. Sestry, které si nedávaly záležet na komunikaci, měly v této oblasti značné potíže s nemocnými. Viděli jsme i odtažené, nevlídné přístupy, někdy i zvyšování hlasu a hrubé chování. Sestry se občas nechávaly unést chováním nemocných, obzvláště pokud byl nemocný agresivní a vulgární. Vsázely na to, že si to nemocný po odezdění stavu nebude pamatovat, ale je to velmi neprofesionální a nevhodné. Tyto sestry byly silně proti názoru, že nemocný za své chování nemůže, protože je ovlivněn svým onemocněním. Podobné informace získala Vanišová (2018) ve své bakalářské práci, když formou rozhovorů zjišťovala, jak sestry komunikují se zmatenými nemocnými. Někteří její respondenti se nenechali chováním

rozhodit a nepřistoupili na nevhodné chování, ale i ona objevila sestry, které se nechaly vyvést z míry a občasně řekly nemocným něco nevhodného nebo se s nimi bavily jako s malými dětmi. Gerlová (2016) se zaměřovala v rámci komunikace na reorientaci nemocného, její výzkumné šetření bylo založeno na kvantitativních datech. Získala celkem 212 dotazníků. V dotazníku měla tyto položky zaměřené na reorientaci: přítomnost hodin, kalendáře, opakování informací o denním režimu, reorientace komunikací. V rámci našeho pozorování jsme se zaměřily na viditelnost hodin, slabé noční osvětlení, trvalý kontakt s ošetřovatelským personálem a ukázky známých předmětů (fotky nebo jiné předměty donesené z domova). V případě výzkumu Gerlové (2016) byli viditelné hodiny u 79 % pacientů, kalendář pouze u 7 %. Sestry opakovaně informovaly o denním režimu v 89 % a podporovaly reorientaci v rámci komunikace v 96 % případech. Tato čísla svědčí o velmi kladném výsledku výzkumného šetření. My jsme se zaměřili na pozorování 30-ti sester. Ve většině případů neměli nemocní viditelné hodiny, souviselo to s uspořádáním JIP nebo pokojů, hodiny zde sloužily jako pomůcka pro sestry a ne pro orientaci pacientů. Přítomnost kalendáře jsme nehodnotili, ale nebýval nemocným dostupný. Opakování denního režimu se věnovala velká část sester v rámci reorientace, většinou nemocným říkaly, jaká je denní doba, jestli je ráno, poledne, odpoledne večer nebo co se s nimi bude dít: převazy, snídaně, kontrolní vyšetření, odběry krve. V zapojování rodiny do péče, jsme dosáhli dobrých výsledků, sice některé sestry k tomu měly zbytečné poznámky, ale nakonec rodinám vyhověly. Rodinu pouštěly za nemocnými i mimo návštěvní dobu, snažily se je zapojovat do péče, někdy nechaly rodinu, aby pomohla nemocnému se stravou, odpolední zábavou nebo společně s nimi nemocné polohovaly. Ve chvíli, kdy měly sestry k dispozici pacientovy osobní věci, fotky, polštářek nebo cokoli, co rodina přinesla z domova, tak se to snažily používat při péči. Fotky lepily nemocným na postranice nebo je dávaly na stoleček a otáčely na nemocného, polštářky dávaly pod hlavu nebo je používaly jako polohovací pomůcku a plyšáky vkládaly nemocným do rukou nebo je věšely nad nemocné na hrazdu a občas je pokládaly jen na stoleček. Nikdy jsme se nesetkali s tím, že by takové věci někdo uklidil do stolečku, do tašky nebo je odmítal používat, občas byly sestry opatrné, aby si věci přinesené z domova nemocný zbytečně neušpinil, ale přesto je využívaly.

Bartůněk et al. (2016) uvedli jako jedno z nefarmakologických opatření dodržování pravidelného rytmu spánku a bdění. Na tento druh nefarmakologického opatření jsme se při pozorování sester také zaměřili. V rámci oblasti jsme se zaměřili na to, zda sestry nemocné přes den budí a motivují je k aktivitě, jestli se snaží vynechávat sedativní léky

v denní dobu a tím podporují spánek v noční hodiny. Často jsme se u sester setkali s tím, že se snažily nemocné budít a aktivizovat je, ne u každého nemocného to bylo možné, ale úzce to souviselo se stavem nemocného. Některé sestry využívaly spánek pacientů v denní dobu pro svůj psychický odpočinek, což není správné, protože nemocnému to nepomůže, ale někteří nemocní byli ve vážném stavu a prospěl jim spánek v jakoukoliv denní nebo noční dobu. Podle našeho názoru má tato intervence velkou váhu a je velmi důležitá, pro zlepšení stavu nemocného a pro navrácení do normálního režimu, ale zase na druhou stranu si nemyslíme, že by bylo vhodné nemocného vždy za každé situace budít. V rozhovorech jsme získali jednu pěknou odpověď, kdy sestra uvedla, že po obědě by nemocného nebudila a nechala ho chvíli odpočinout. Bartůněk et al. (2016) tuto intervenci více nerozváděli. Pokud se nemocný, který je vážně nemocný ať už je to po úraze, velké operaci nebo po problému interního charakteru dostane do stavu akutní zmatenosti/ deliria a hluboce se propadne v hodnocení vědomí, tak jeho stav vyžaduje vysokou kontrolu a pravidelné probouzení do plného kontaktu, již kvůli hodnocení vědomí. Takto mohou postupovat sestry pracující na JIP, které také tvořily většinu výzkumného vzorku a byly vybírány z různých chirurgických JIP, tedy škála jejich pacientů se lišila. Ale podle našeho názoru by sestry pracující na standardních oddělení by neměly mít na starosti takové nemocné, protože vzhledem k množství pacientů nemají možnost nemocnému věnovat tolik času a díky tomu, může docházet ke zbytečným nežádoucím událostem v podobě pádu apod.

Ač jsme se v teoretické části diplomové práce věnovali několika hodnotícím škálám, v praktické části se to nesešlo s úspěchem. Žádná z pozorovaných sester nevyužívala při své práci ošetrovatelskou diagnózu: Akutní zmatenost, některé ji znaly, ale v současné době se nepoužívala, jiné ji ani neznaly. Hodnotící škály specifické pro delirium se také nikde nehodnotily. Na JIP využívaly sestry v rámci ošetrovatelské dokumentace hodnocení pomocí škály GCS a dalších, které ale ty nesouvisely s hodnocením vědomí. Bylo to trochu zklamáním, protože díky škálám, které jsme popsali v teoretické části lze dosáhnout lepších výsledků péče a ne všechny jsou složité, například škála CAM-ICU je upravena speciálně pro JIP a byla přeložena do českého jazyka, pokud se využívá škála GCS je škoda, že se nevyužívá současně i škála Glasgow Outcome Scale, která vyhodnotí nemocného v čase, tedy jestli se vrátil zpět do plného vědomí nebo ne.

Pokud bychom měli vyhodnotit, jak sestry s nemocnými navazovaly vztahy a získávaly si jejich důvěru, tak nepůjdeme do negativních výsledků, vždycky by se našel někdo, kdo nebude odpovídat představám, stejně tak tomu bylo při našem pozorování.

Narazili jsme na velmi příjemné, milé a ochotné sestry, ale i na setry, které nebyly vždy v dobrém rozpoložení, snadno se nechaly nemocnými vyvést z míry a podle toho také jednaly. Přesto převažovala kladná zkušenost a sestry byly schopné dobře navázat kontakt s nemocnými.

Kašpárek et al. (2014) udávají, že k uzdravení nemocného prodávajícího akutní zmatenost/ delirium je nutná úprava vnitřního prostředí, korekce minerálů, vodního hospodářství, hepatálních, renálních a kardiálních onemocnění, proto jsme se při pozorování zaměřili na to, zda si sestry těchto bodů všímají. Je to sice úkolem lékaře, ale pokud sestra má nemocného na starosti a nabírala mu krev, myslíme si, že by měla mít povědomí, jaké ty náběry byly, co se s nemocným děje a případně pokud zjistí nějaký problém, měly by konzultovat s lékařem. Na tento způsob byly naučené převážně sestry pracující na JIP, sestry pracující na standardních odděleních se tomu většinou nevěnovaly. Námí pozorované sestry ze standardního oddělení na to neměly čas, ale i mezi nimi se našly takové, které si to hledaly nenechávaly to pouze na lékařích.

Gerlová (2016) ve svém dotazníku měla otázku na používání omezovacích prostředků, na které jsme se zaměřili i my v našem výzkumném šetření. Gerlová (2016) měla ve svém dotazníku v této oblasti využité pouze 3 varianty z nabízených odpovědí. Byly to: Když pacient ohrožuje sebe i jiné osoby, když potřebuji, aby se pacient udržel v poloze na zádech a když chci mít od pacienta klid. První variantu zvolilo 98 % respondentů, druhou pouze 2 respondenti a třetí 1. Myslíme si, že tyto data nemusí úplně odpovídat realitě, vzhledem k tomu, že dotazník byl anonymní. Pokud je tomu jinak než v první variantě, nejedná se o správné využívání omezovacích prostředků. Protože omezovací prostředek může být podle zákona č. 372/2011 Sb. O zdravotnických službách a podmínkách jejich poskytování, použit pouze pro odvrácení hrozby bezprostředního ohrožení života, zdraví či bezpečnosti pacienta a jiných osob (Věstník MZ, 2018). Tedy jsme toho názoru, že si sestry vyberou správnou odpověď aniž by doopravdy odpovídala realitě, ale je možné že to tak není. V našem výzkumném vzorku jsme se setkali právě i s nadužíváním omezovacích prostředků, ale rozhodně to nebyla většina pozorovaných sester. Zaměřovali jsme se obecně na restriktivní opatření, kam spadají omezovací prostředky, pobyt na uzavřeném oddělení bez souhlasu pacienta, umístění v sít'ovém lůžku nebo například připoutání k lůžku a podávání parenterálně psychofarmak (Dohnalová, 2011). Nejvíce jsme viděli metody využívání poutání k lůžku a parenterální podávání psychofarmak, ale zaznamenali jsme i izolaci v sít'ovém lůžku.

Kdybychom se ke stejnému tématu vrátili znovu možná bychom se více zaměřili na nefarmakologická opatření a více do detailů, rozvedly bychom si pozorovací archy na více jednotlivých bodů. Přesto jsme s výsledky až na některé body spokojeni. Výzkumnou otázku: Jak sestry postupují při péči o pacienta s akutní zmateností? Jsme pozorováním a později i rozhovory zjistili, stejně tak i jaké mají sestry zkušenosti s takovými nemocnými.

5.2 Diskuze- pozorování pacienti

Institut sociálně zdravotních strategií (2018) se zabýval extrakraniálními, intrakraniální a primárně psychickými příčinami vzniku deliria, na které jsme se zaměřili i my při pozorování pacientů a získávání údajů ze zdravotnické dokumentace. Institut sociálně zdravotních strategií (2018) zařadil do nejčastějších extrakraniálních příčin dehydrataci, metabolické poruchy, bolest, horečku, zánětlivé reakce, hypoxémii mozku, hypoglykémii, retenci moči, podávání léků, přerušení přísunu alkoholu, změny prostředí, celkovou anestezii, traumata a různé kombinace těchto faktorů. Mezi intrakraniální příčiny zařadili demenci, depresi, epilepsii, cévní mozkovou příhodu, SDH, neuroinfekce, tumor mozku nebo psychiatrické onemocnění. My jsme se ve svém výzkumném šetření opíraly o znalosti získané od Krombholze (2015), který delirium rozdělil ne do dvou, ale do tří skupin na: intrakraniální, extrakraniální a primárně psychické. Mezi intrakraniální příčinu by zařadil stavy a organické změny, které přímo souvisejí s CNS, do extrakraniální příčiny stavy a organické změny, které sekundárně ovlivňují funkci CNS a domníval se, že primárně psychická deliria jsou způsobena v důsledku neorganických psychických poruch. Mezi našimi pozorovanými pacienty bylo nejvíce nemocných právě ve skupině extrakraniální příčiny, celkem 21 pacientů, ale ve většině případů docházelo k tomu, že se jednotlivé skupiny prolínaly a jen minimum nemocných spadalo pouze do jedné z kategorií. Nemocné jsme do skupin dělili podle anamnestických údajů a diagnóz získaných ze zdravotnické dokumentace.

Polách (2015) upozornil, že delirium se rozvíjí rychle, většinou během 2-3 dnů. Objevuje se spolu s poruchou pozornosti, může být přítomna úzkost a neklid, nemocní mají poruchy spánku, jsou dezorientovaní, objevují se halucinace jsou převážně zrakového a sluchového charakteru, dále jsou také přítomny poruchy chování a nestálá nálada. My jsme si zaznamenávali, jestli je u nemocného přítomna kvalitativní porucha vědomí a porucha pozornosti, která se objevila u všech vybraných pacientů. Také zda nemoc propukla rychle a má kolísavý průběh. Jedním z bodů bylo také sledování změn psychomotoriky, poruchy vnímání, spánku a emocí. V této oblasti jsme si dále zapisovali dezorganizaci myšlení. U nemocných se často objevovaly právě výše zmíněné halucinace. Projevovaly se tak, že nemocný oslovoval personál nebo volal do prázdna či ke dveřím jména svých kamarádů, příbuzných a rodiny nebo měli pocit, že se na místě konkrétní osoba nachází. V některých případech si s někým povídali nebo odpovídali hlasům, které slyšeli. Dezorganizace myšlení se projevovala neschopností si uspořádat

myšlenky. S názory na projevy akutní zmatenosti/ deliria se s panem doktorem Poláchem ztotožňujeme, všechny z jeho uvedených příznaků jsme zažili a viděli u zmatených nemocných, ale rozhodně by se nedali nemocní označit jednotně, každý měl jiné příznaky, vlastní projevy chování, u některých nemocných se objevily halucinace nebo bludy, ale ne u všech. Projevy byly velmi širokospektré a domníváme se, že právě kvůli tomu je diagnostika pro lékaře velmi obtížná. Nejedná se konkrétní body, které by stačilo zatrhnout a byla by diagnóza hotová. Vzhledem k tomu, že jsme se neseťkali s využíváním hodnotících škál pro delirium ani na odděleních, kde se tato onemocnění často vyskytují. Vanišová (2018) se ve své bakalářské práci zaměřila na varovné příznaky hrozícího deliria, od respondentů získala informace, že se u nemocných objevuje nesmyslná mluva, dezorientace, třes, nadávky a zvedání z lůžka, neklid, halucinace, nerozeznání dne od noci. Většinu příznaků jsme zaznamenali i my v našem výzkumném šetření, ztotožňujeme se s výsledky Vanišové (2018).

O nemocných jsme si zapisovali kompletní anamnézu, včetně všech vyšetření, které u nich proběhly, ať se jednalo o náběry krve, radiologická nebo konziliární vyšetření. Protože Holmerová (2017) udává, že vyšetření delirantního nemocného zahrnuje pečlivou anamnézu a celkové klinické vyšetření. V literatuře jsme se dočetli, že by zmatení nemocní měli být vyšetřeni neurologem, proto jsme se na toto vyšetření také zaměřili. Ressler et al. (2011) uvedli, že pokud pro stanovení diagnózy deliria nebudou stačit základní výše uvedená vyšetření a základní laboratorní hodnoty, je třeba se zaměřit na další doplňující, zařadil tam krevní plyny, hormony a další, které jsou uvedené v teoretické části diplomové práce. Tato podrobnější vyšetření jsme zaznamenali většinou po interním konziliu. Ve chvíli, kdy bylo vzneseno podezření na užití drog se provádělo toxikologické vyšetření krve a moče, stejně tomu bylo ve chvíli, že byl nemocný evidentně pod vlivem alkoholu, bylo vzneseno podezření, že by mohl být a nebo se jednalo o zvyklost oddělení. Z radiologických vyšetření jsme sledovali rentgenové vyšetření srdce a plic a CT mozku. Ressler et al. (2011) doporučují CT mozku k průkazu predispozic pro delirium ne pro zjištění etiologie onemocnění. RTG srdce a plic se u nemocných provádí k průkazu infekce nebo traumatických změn.

Zapísalí jsme si taky rizikové faktory, které mohly ovlivnit vznik akutní zmatenosti/ deliria u nemocných. Komplikace, které svým stavem způsobovali, myšleno v rámci ohrožování svého zdraví, ale i personálu, často se stává, že tito nemocní napadají ošetrovatelský personál i lékaře, někdy pouze verbálně, ale stává se, že i fyzicky.

Dalším bodem pro správnou léčbu deliria je podle Holmerové (2017) redukce medikace, kterou nemocný užívá. Sledování, zda dochází u zmatených nemocných k redukci medikace bylo součástí výzkumného šetření. Většinou jsme se setkali s tím, že medikaci zredukoval přijímající lékař nebo často lékař, který u nemocného prováděl interní vyšetření, které bylo v mnoha případech provedeno. Pro Holmerovou (2017) bylo důležité vysazení nebo úprava užívání opiátů, benzodiazepinů, antipsychotik, spasmolytik, antiepileptik a dalších rizikových skupin. Antiepileptika si upravoval, případně změnil lékař z neurologie, opiáty a benzodiazepiny podle oddělení, ale většinou si léčbu bolesti lékaři upravili podle zvyklostí oddělení, viděli jsme i konzultace s lékařem z ambulance bolesti při užívání fentanylových náplastí.

Při pozorování jsme se zaměřili i na komunikaci s rodinou, v ohledu na získávání informací o pacientovi, který je zmatený a nelze informace od nemocného zjistit. Informace získané od rodiny, přátel a příbuzných jsme si zaznamenávali celé, často tyto informace pomohly lékařům s diagnostikou. Zapojení rodiny do péče je podle našeho názoru velmi přínosné, právě pro možnost zjištění anamnestických informací o pacientovi, které není možné získat od pacienta, ať už pro poruchu vědomí nebo celkově špatný stav. Naši myšlenku ztotožňujeme se Seidlem (2015), který uvedl, že je pro diagnostiku důležité sbírání všech možných anamnestických údajů, včetně těch od rodiny a příbuzných pacienta. Současně by se zaměřil na důvod vzniku zmatenosti, do které se nemocný dostal. To, jak se nemocný do stavu zmatenosti dostal jsme si opisovali ze zdravotnické dokumentace. Ressler et al. (2011) by se snažili získat i subjektivní anamnézu od pacienta, ale dal by si pozor na získané informace, protože nemocný může být silně ovlivněn stavem, ve kterém se právě nachází.

Chybělo nám u nemocných neuropsychologické vyšetření po odeznění stavu zmatenosti, o kterém informovala ve své publikaci Holmerová (2017). Hovorka a Praško (2014) by při jakýkoliv nejasnostech při diagnostice doporučili psychiatrické vyšetření, které lékaři v některých případech zařídily, viděli jsme i konzultace s psychologem. S psychiatrem většinou konzultovali lékaři úpravu medikace nebo naopak nasazení medikace, pro léčbu deliria. Často stanovil diagnózu deliria psychiatr.

Pozorování pacientů prodávajících akutní zmatenost/ delirium a zaznamenávání příznaků pro nás bylo přínosné pro uvědomění konkrétních situací a příznaků, které u se nemocných vyskytují. Objasnění toho, že ne pouze agresivní nemocný, který je dezorientovaný místem, časem i osobou prodává delirium, ale také nemocný, který je dezorientovaný a nevykazuje žádné známky agrese a je velmi spavý a těžko probuditelný.

Neexistuje totiž pouze jeden druh deliria, ale hned 3. Jak jsme zjistili, právě smíšená nebo hypoaktivní forma deliria se těžko diagnostikuje. Dříve zmíněný agresivní nemocný, který je dezorientovaný nemusí mít za každou cenu delirium, jeho stav může být ovlivněn návykovými látkami nebo úrazem. Důležitost správně diagnostikovat toto onemocnění je velmi důležitá, stejně jako zahájení včasné léčby. S nasazením terapie by se mělo zacházet vhodně a neměla by být předmětem pouze psychofarmak a omezení v lůžku, ale hlavně úpravou nefarmakologických opatření a komunikace.

5.3 Diskuze- Rozhovory se sestrami

Gerlová (2018) se ve své diplomové práci také zaměřila na zkoumání deliria. I ona se zajímala o ošetrovatelské intervence, po kterých jsme pátrali i my. Ona ve svém dotazníku pokládala otázky na charakteristiku deliria. Sester jsme se ptali, co je akutní zmatenost/ delirium a jak se projevuje. Dostávali jsme odpovědi: Kvalitativní porucha vědomí, poruchy spánku, dezorientace, agitovanost, tachykardie, třes, halucinace a bludy, nespolupráce. Gerlová (2018) ve svém dotazníku nabízela odpovědi: Kvalitativní porucha vědomí, porucha pozornosti, kognitivní porucha, porucha spánkového rytmu, kolísavý průběh, vývoj v krátkém časovém úseku. V této oblasti jsou naše výzkumná šetření identická. Nám při zkoumání šlo hlavně o to, zjistit jaké mají sestry povědomí o akutní zmatenosti/ deliriu. Co se týkalo etiologie měly sestry celkem jasno a odpovídaly správně. Často se objevovaly odpovědi, že tito nemocní reagují agresivně, protože si to sestry uvědomovaly právě u těch nemocných, kteří svým agresivním chováním a poruchami kognitivních funkcí snadno upozorní na to, že není něco v pořádku a mohlo by se jednat o akutní zmatenost/ delirium. Nemocný, kteří jsou v hypoaktivní formě na sebe nevážou tolik pozornosti, sestry si spíše řeknou, že tvrdě spí, když se je snaží budít a aktivizovat. Také to může být ovlivněno tím, že neznají nemocné tak dobře, jako rodinní příslušníci a přátelé nemusí si vůbec všimnout, že nemocný se takto nechová normálně a došlo u něho ke změně vědomí.

Káňová a Ševčík (2015) by doporučili přítomnost rodiny. Rozhodně je správné zapojení rodiny do péče a nezáleží na formě deliria. Hyperaktivní forma může rodinu vyděsit, ale pokud sestra a lékař rodině správně a v klidu vysvětlí, o čem se jedná a rodina se zapojí do péče může to i u agresivního jedince vyvolat zklidnění a zlepšení stavu. Názory některých sester, že by rodinu do péče nezapojovaly byly velkým zklamáním. Nejde o komfort sestry, ale právě nemocného. I když se občas dostanou do stavu, že by zbořili půlku nemocničního oddělení, přesto za svůj stav a chování nemohou. Náš názor na přítomnost rodiny a zapojení do péče souhlasí s Bartůňkem et al. (2016) kteří si myslí, že rodina má na stav pacienta kladný vliv a doporučili by její návštěvy.

Některé tázané sestry by nemocné o jejich stavu a chování informovaly. Tento přístup lze brát dobře i špatně. Našly se totiž sestry, které by nemocné informovaly až poté, co by se nemocní sami zeptali a ne vždy a hlavně by to udělaly tak, aby nemocnému neublížily. Tento přístup není úplně špatný, protože nemocný má právo znát svůj stav. Část sester by tyto informace nepodávala nikdy, protože to nevede ke zlepšení stavu

nemocného a nijak jim to v rekonvalescenci nepomůže: „*Ne nikdy, pacient za svoje chování nemohl a nijak mu to v další léčbě nepomůže*“ (SS18).

Když jsme položili sestřím otázku: Jaký je rozdíl mezi akutní zmateností a deliriem? Začaly vymýšlet pro každý název specifické projevy, jen v málo případech si uvědomovaly, že se jedná o jedno a to samé. Podstatou je, že jeden termín označuje lékařskou diagnózu a druhý termín ošetrovatelskou diagnózu. Myslíme si, že název akutní zmatenost nebyl pro sestry úplně známý, proto hledaly vysvětlení ve slovech, který nese název: Akutní, tedy podle odpovědí sester by se mělo jednat o aktuální problém. Důvodem může být, že ošetrovatelským diagnózám se v praxi věnuje jen minimálně, i pro sestry jsou známé spíše lékařské diagnózy, proto název delirium pro sestry byl známějším termínem a byly schopné najít ty správné vlastnosti, které delirium má. Když se řekne delirium, všechny sestry, které měly tu čest se s ním setkat budou hned vědět, jak se nemocný choval, jak si za všechno trhal, byl agresivní, nevěděl, kde je a jaký je datum a čas, nespál a další, ale pokud řeknete mezi sestrami akutní zmatenost vybaví si hlavně dezorientaci místem, časem a osobou, což není špatně, ale neví, že příznaky vyjmenovaly již, když mluvily o deliriu. Při zpracovávání teoretické části diplomové práce tomu nebylo s při hledání literatury jinak. Pod termínem akutní zmatenost se dalo vyhledat pouze malé množství informací, ale naopak pod výrazem delirium toho bylo mnoho.

Vanišová (2016) se ve své práci zabývala obdobnou tematikou. Jejím tématem byla: Ošetrovatelská péče u pacientů v deliriu na JIP. Vzhledem ke složení našeho výzkumného vzorku mají naše práce společné prvky. Vanišová (2016) hodnotila komunikaci se zmateným a neklidným pacientem pomocí rozhovorů. My jsme se zaměřili na úpravu komunikace s nemocnými, kteří prodělávají akutní zmatenost/ delirium. Námi tázané sestry vymyslely několik variant pro správnou komunikaci. Nejdůležitější jim připadala klidná, srozumitelná komunikace, bez zbytečně složitých výrazů, používání jednoduchých vět. Také by pro tyto nemocné upravily tón, mluvily by s nimi zřetelně a dostatečně nahlas. Vanišová (2016) se zajímala ve své bakalářské práci spíše tím, jestli s takovými nemocnými vůbec komunikují a zda jim to přijde důležité. My jsme vycházeli z toho, že pro nemocné prodávající akutní zmatenost/ delirium je komunikace rozhodně velmi důležitá, proto nás zajímal způsob komunikace.

Akutní zmatenost/ delirium má širokou škálu projevů, záleží na formě, ve které se nemocný vyskytuje. Nejčastěji se objevuje smíšená forma, tedy kombinace hyperaktivní a hypoaktivní formy. Takový nemocný má chvíle, kdy se může chovat agresivně, je

neklidný, zmatený, může mít bludy nebo halucinace, jeho mysl je těžce dezorganizována a poté se propadne do hlubokého spánku, často je problém takové nemocné probudit do plného kontaktu. Když jsme se sester ptali na důvod vzniku onemocnění, tak si nejčastěji vzpomínaly právě na agresivní nemocné, nemocné pod vlivem alkoholu, drog, závislé na lécích. Nejvíce uváděly právě ty, co o sobě dávali svým chováním nejvíce vědět, ale jen malé množství sester si vzpomnělo na ty velmi spavé, dezorientované nemocné, většinou starší jedince kteří se nacházeli v hypoaktivní formě. Tento druh akutní zmatenosti/deliria je velmi problémový, protože než se někdo doopravdy zamyslí nad tím, zda je nemocný takový i v normálním životě může u něj propuknout silná zmatenost/delirium. Takový pacienti na sebe většinou nevážou pozornost, proto nad tím nikdo moc nepřemýšlí. V tuto chvíli může být velkou pomocí přítomnost rodiny, která upozorní na to, že se nemocný takto v domácím prostředí nechová. A právě v tuto chvíli by se měl, jak ošetřující personál, tak lékaři zamyslet nad tím, jestli to nemůže být způsobeno právě hypoaktivní formou akutní zmatenosti/deliria.

Podle výzkumu Káňové a Ševčíka (2015) z KARIM FN Ostrava by se nemělo u nemocného, který prodělává akutní zmatenost/delirium zapomenout na předcházení senzomotorické deprivace, která může vznikat právě odnětím kompenzačních pomůcek jako jsou brýle, naslouchadla a podobné předměty. Tento bod byl i jednou z otázek v našem výzkumném šetření. Tázali jsme sester, zda nemocným dávají kompenzační pomůcky, když prodělávají akutní zmatenost/delirium. Od některých sester jsme dostávali odpovědi, že když jsou nemocní agresivní, tak pomůcky nedávají, protože se bály, že by si s nimi mohli nemocní ublížit nebo by je zničili. Další skupina sester by kompenzační pomůcky dávala podle toho, v jakém stádiu se právě nemocný nachází, tedy pokud je v akutní fázi, kdy je velmi neklidný, agresivní nedávaly by je. My se ztotožňujeme s názorem sestry, která uváděla, že nemá ráda když nemocným někdo nedává hlavně naslouchadla, protože pak se s nemocným nelze kvalitně domluvit. Může to být velkým problémem a podle našeho názoru i důvodem akutní zmatenosti/deliria. Když nás nemocný neuslyší nebo neuvidí, je to pro něj velmi nepříjemné, musí se opakovaně ptát, někteří nemocní se ani znovu ptát nechtějí a poté dochází ke špatnému předávání informací. Nemocný má narušenou orientaci a ve stavu, kdy mu ošetřovatelský personál neposkytne pomůcky, na které je zvyklý nemůže ani dojít ke zlepšení orientace a stav zmatenosti se u nemocného prohlubuje. Názor Holmerové (2017) je na tuto problematiku stejný, i ona by doporučila kompenzaci smyslových poruch funkčními brýlemi a naslouchátkem.

Káňová a Ševčík (2015) by také doporučili stálý ošetrovatelský personál pro péči o nemocného s akutní zmateností/ deliriem. Tento názor sdílela i sestra SS13: „*Bylo by dobré, když máš třeba tři denní, aby si měla pokaždé toho člověka na starosti, aby se o něj nestaralo více lidí*“ (SS13). V rámci pozorování sester jsme si všimli, že na některých odděleních se tento přístup praktikuje, ale naopak jsme viděli, že si nemocné po každé směně střídají, což u těchto pacientů rozhodně není vhodné. Když se u něho dvakrát za den bude střídát neznámá tvář a další den bude zase někdo jiný. Nemocný, který je zmatený se bude těžko orientovat.

Hovorka a Praško (2014) uvedli, že bychom měli k nemocnému s poruchou vědomí přistupovat jako k jedinci, který je plně vnímající. Přístupování k nemocným, kteří prodělávají akutní zmatenost/ delirium bylo součástí našeho rozhovoru, ale výsledky se s autory neshodují. Pouze u jedné z pozorovaných sester jsme se setkali s tím, že uváděla, že by ke zmateným nemocným přistupovala stejně jako k plně orientovaným. U ostatních sester jsme se setkali s variantami řešení, jak by k nim přistupovaly, ale rozhodně neuváděly, že stejně jako k plně vnímajícímu nemocnému. Podle našeho názoru jejich odpovědi nebyly špatné. Často jsme se setkali s informacemi, že by zmatenému nemocnému věnovaly více času, mají nad ním zvýšený dohled, upravovaly by komunikaci, aby se mohli vzájemně pochopit. Uváděly, že by se k nim chovaly s respektem, slušně a profesionálně, ale obecně přístup by byl jiný. Také jsme dostávali odpovědi, že základní přístup je stejný, bylo tím myšleno, že je na prvním místě bezpečnost pacienta a personálu, také dodržování ordinací lékaře, ale zmatený nemocný potřebuje více času a zvýšený dohled.

Při dotazování na hodnotící škály, jsme se dozvěděli to, co již dříve v rámci pozorování. Ošetrovatelské diagnózy se používaly minimálně, někde se pouze zakládaly bez psaní intervencí, jinde se už nepsaly vůbec, ale pokud se našlo oddělení, kde se ošetrovatelské diagnózy používaly neznaly sestry diagnózu akutní zmatenost. Od některých sester jsme se dozvěděly, že hodnotící škály využívají lékaři, ale ony ne. V rozhovorech jsme se nedozvěděli více než v rámci pozorování sester v oblasti hodnotících škál a ošetrovatelských diagnóz.

Jednou z oblastí, na kterou jsme se také zaměřili při tvorbě rozhovorů bylo vynechávání sedativních léků v denní dobu. Podle Hovorky a Praška (2014) je to spolu s buzením do plného kontaktu vhodné na podporu cirkadiálního rytmu. Získali jsme informace, že se o takový postup sestry snaží, pokud to stav nemocného dovoluje.

Poznatky odpovídaly i předchozímu pozorování, kde jsme se také zaměřili na vynechávání sedativních léků v denní dobu.

Shrnutí pozorování sester a rozhovorů se sestrami

Ve dvou variantách jsme se ve svém výzkumu věnovali sestrám, bylo to v první variantě pozorování sester a podruhé rozhovory. Pro pozorování jsme získaly 30 sester a pro rozhovory 18. V několika případech byla pozorována sestra, se kterou byl později veden rozhovor. Ceníme, že poznatky získané při pozorování se ve většině případů nelišily, tedy sestry byly v rozhovorech upřímné, protože se jednalo o skryté pozorování a nevěděly, že jsou pozorovány a jejich činnosti jsou zaznamenány.

Několik oblastí se shodovalo v pozorování i v rozhovorech. Byla to například komunikace, kterou jsme si zaznamenávali do pozorovacích archů, kde nás zajímalo, jestli sestry přistupují k nemocným vlídně, snaží se s nimi navodit vztah a také zda se nemocný v jejich přítomnosti cítí bezpečně. V rozhovorech jsme pokládali otázku, jak by upravily komunikaci se zmateným nemocným, aby byla pro ně vhodná a zda informují nemocného o tom, jak se choval, když prodělal akutní zmatenost/ delirium. Tento bod jsme taky měli v záznamovém archu.

Získané poznatky byly vcelku očekávané, již při zpracovávání teoretické části bylo zřejmé, že největší pozornost se věnuje deliriu, které je způsobené alkoholem a dalšími návykovými látkami. Informace k takovému deliriu se sháněly dobře. Mnoho zjištěných informací bylo nových a toho času pro nás neznámých. Proto jsme využili získaných poznatků a rozhodli jsme se vytvořit brožuru pro sestry, která obsahuje nefarmakologická opatření, zásady komunikace pro zmatené nemocné, faktory zvyšující napětí při vstupu do zdravotnického zařízení, také diagnostická kritéria dle MKN-10 a skupiny léků, které by mohly akutní zmatenost/ delirium vyvolat, včetně jejich zástupců a doporučené dávkování vybraných léků, které se u zmatenosti/ deliria využívají.

6 Závěr

Diplomová práce nese název: „*Management práce sestry o pacienta s akutní zmateností*“. Cílem diplomové práce bylo zjistit jaké mají sestry zkušenosti s péčí pacienty s akutní zmateností a zjistit, jak postupují při péči o pacienta s akutní zmateností. Stanovené cíle byly splněny. Výzkumné šetření bylo realizováno pomocí kvalitativního výzkumného šetření, za využití metod zúčastněného skrytého pozorování pacientů s akutní zmateností a sester, které o tyto pacienty pečovaly a pomocí polostrukturovaných rozhovorů se sestrami, které měly zkušenost s péčí o pacienty s akutní zmateností.

Z pozorování a rozhovorů se sestrami byla zjištěna specifika nefarmakologických opatření, mezi které patří dodržování spánkového rytmu, úprava enviromentálního prostředí, tedy odstranění, co největšího množství rušivých elementů z okolí pacienta, zapojení rodiny do péče o nemocného, zvýšený dohled personálu nad nemocným, využívání restriktivních opatření pouze v případě vyčerpání všech ostatních řešení, pravidelná reorientace nemocného, vhodná komunikace, tlumení bolesti a úzkosti, zajištění intenzivní ošetrovatelské péče, další opatření jsou uvedena v brožuře, která byla vytvořena pro sestry. Odhalili jsme neznalost a nevyužívání hodnotících škál a ošetrovatelských diagnóz. Zjistili jsme, jak sestry o nemocné s akutní zmateností/deliriem pečují, na co si dávají pozor, ve kterých oblastech chybují a některá opatření zanedbávají. Také jsme si uvědomili, jak náročná je ošetrovatelská péče o zmateného nemocného, že stačí pouze chvilková nepozornost a může dojít k pochybení a ohrožení, jak nemocného, tak personálu.

Při pozorování pacientů jsme zjistili, jak se onemocnění projevuje, co všechno je potřeba zjistit v rámci anamnestických údajů, jak se postupuje při diagnostice a léčbě, které rizikové faktory s akutní zmateností/deliriem souvisí, zda tento stav má i své komplikace a jaké to jsou. Získaly jsme také informace o roli sestry při péči o tyto nemocné, která je velmi důležitá a její správný přístup může předejít zbytečným komplikacím a nežádoucím událostem.

Diplomová práce by mohla sloužit jako studijní materiál pro studenty zdravotnických oborů nebo jako příručka pro sestry, které se s takovými nemocnými setkávají a pečují o ně. V rámci diplomové práce vznikla informační brožura, která je vhodná pro sestry, kteréhokoliv oddělení nebo pro studenty zdravotnických oborů. Obsahuje nefarmakologická opatření, zásady komunikace, farmaka, která by mohla být

důvodem vzniku zmatenosti a doporučené dávkování léků, které se využívají pro léčbu akutní zmatenosti/ deliria.

7 Seznam použitých zdrojů

- ADAMIS, D., et al., 2010. Delirium scales: A review of current evidence. *Aging & Mental Health* 14(5), 543-555. DOI: 10.1080/13607860903421011.
- BÁRTOVÁ, P., RESSNER., P., 2012. Polékové kognitivní poruchy. *Neurologie pro praxi* 13(2), 83-86. ISSN 1803-5280.
- BARTŮNĚK, P., et al., 2016. *Vybrané kapitoly z intenzivní péče*. Praha: Grada. 752 s. ISBN 978-80-247-4343-1.
- BEDNAŘÍK, J., et al., 2010. Standardizace české verze The Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit (CAM-ICUcz). *Česká a slovenská neurologie a neurochirurgie* 73/106(3), 258-266. ISSN 1802-4041.
- BEJČKOVÁ, H., 2012. Problematika užívání drog v pracovnělékařské péči. *Pracovní lékařství* 64(1), 32-34. ISSN 1803-6597.
- BOUČEK, J., PIDRMAN, V., 2005. *Psychofarmaka v medicíně*. Praha: Grada. 304 s. ISBN 80-247-1136-2.
- ČERNÁ PAŘÍZKOVÁ, R., 2019. Delirium v intenzivní péči. *Akutní stavy ve vnitřním lékařství II*. 65(6), 433-439. ISSN 1801-7592.
- ČERNÝ, V., 2015. Stanovisko expertního panelu k pooperačnímu deliriu u starších pacientů. *Anesteziologie a intenzivní medicína* 26(3), 172-173. ISSN 1805-4412.
- ČERNÝ, V., 2017. Doporučený postup pro pooperační delirium. *Anesteziologie a intenzivní medicína* 28(3), 193-194. ISSN 1805-4412.
- ČEŠKA, R., 2015. *Interna*. Praha: Triton. 870 s. ISBN 978-80-7387-885-6.
- DE, J., WAND, A., 2015. Delirium Screening: A Systematic Review of Delirium Screening Tools in Hospitalized Patients. *The Gerontologist* 55(6), 1079-1099. DOI: 10.1093/geront/gnv100.
- DOBIÁŠOVÁ, K., HNILICOVÁ, H., 2018. Alkohol z pohledu veřejného zdraví v ČR: fakta a souvislosti. *Časopis lékařů českých*, 157, 248-253. ISSN 1803-6597.
- DOHNALOVÁ, H., 2011. Problematika užívání omezovacích prostředků ve zdravotnických zařízeních a v ústavech poskytujících sociální služby. *Medicína pro praxi* 8(2), 86-88. ISSN 1803-5310.
- DRÁSTOVÁ, H., KROMBHOLZ, R., 2013. Rizika polypragmatie v gerontopsychiatrii. *Psychiatrie pro praxi* 14(4), 159-162. ISSN 1213-0508.
- GAIND, R., 1981. *Odhad zmatenosti*. [online] [cit 2020-05-26]. Dostupné z: <https://ose.zshk.cz/media/p5807.pdf>.

- GARG, R., et al., 2014. Acute confusional state/delirium: An etiological and prognostic evaluation 17(1), 30-34. DOI: 104103/0972-2327.128541.
- GERLOVÁ, B., 2018. *Nefermakologické ošetrovatelské intervence v rámci preventivní strategie deliria na JIP/ARO*. Brno. Diplomová práce. Masarykova univerzita, lékařská fakulta.
- GROVER, S., KATE, N., 2012. Assessment scales for delirium: A review. *World Journal of Psychiatry* 2(4), 58-70. DOI: 10.5498/wjp.v2.i4.58.
- HEŘMANOVÁ, J., et al., 2012. *Etika v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. 200 s. ISBN 978-80-247-3469-9.
- HOLMEROVÁ, I., 2017. Delirium-nové poznatky a zkušenosti pro praxi. *Geriatric a gerontologie* 6(2), 79-82. ISSN 1805-4684.
- HONZÁK, R., 1999. *Komunikační pasti v medicíně*. Praha: Galén. 165 s. ISBN 80-7262-032-0.
- HOVORKA, J., PRAŠKO, J., 2014. *Intenzivní medicína*. 3. vydání. Praha: Galén. 1195 s. ISBN 978-80-7492-066-0.
- HYASHI, K., et al., 2019. Postoperative delirium after lung resection for primary lung cancer: Risk factors, risk scoring systém, and prognosis. *PLOS ONE* 14(11). DOI: 10.1371/journal.pone.0223917.
- INSTITUT SOCIÁLNĚ ZDRAVOTNÍCH STRATEGIÍ, 2018. *Delirantní stavy*. [online] [cit 2020-05-24]. Dostupné z: <https://www.iszs.cz/socialni-zdravotni-problematika/intelektove-poruchy/delirantni-stavy/>
- KÁŇOVÁ, M., et al., 2015. Delirium u kriticky nemocných-prospektivní studie. *Česká a slovenská neurologie a neurochirurgie* 78/111(6), 662-667. ISSN 1803-6597.
- KÁŇOVÁ, M., ŠEVČÍK, P., 2015. *Delirium v intenzivní medicíně. Možnosti farmakoterapie*. [online] [cit 2020-05-24]. Dostupné z: <https://www.akutne.cz/res/publikace/delirium-v-im-akutne-sevcik-p.pdf>
- KAPOUNOVÁ, G., 2020. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. 2. vydání. Praha: Grada. 388 s. ISBN 978-80-271-0130-6.
- KAŠÁKOVÁ, E., et al., 2015. *Výkladový slovník pro zdravotní sestry*. Praha: Maxdorf. 431 s. ISBN 978-80-7345-424-1.
- KAŠPÁREK, T., et al., 2014. Alkoholový odvykací stav a delirium-od patofyziologie k léčbě. *Česká a slovenská neurologie a neurochirurgie*. 77/110(2), 153-157. ISSN 1803-6597.

- KLEMPÍŘ, J., UHROVÁ, T., 2011. Delirium-obecný úvod do problematiky. *Neurologie pro praxi*. 12(5), 304-306. ISSN 1803-5280.
- KROMBHOLZ, R., 2015. Farmakologicky navozená deliria. *Praktické lékárnictví* 11(6), 198-202. ISSN 1803 5329.
- KŘIVKOVÁ, J., TOMOVÁ, Š., 2016. *Komunikace s pacientem v intenzivní péči*. Praha: Grada. 136 s. ISBN 978-80-271-0064-4
- LÁTALOVÁ, K., 2013. *Agresivita v psychiatrii*. Praha: Grada. 240 s. ISBN 978-80-247-4454-4.
- LINHART, I., (2012) *Toxikologie: Interakce škodlivých látek s živými organismy, jejich mechanismy, projevy a důsledky*. Praha: Vysoká škola chemicko-technologická v Praze. 354 s. ISBN 978-80-7080-806-1.
- LOLAK S. et al., 2015. Adjunctive valproic acid in management-refractory hyperactive delirium: a case series and rationale. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* ; 27, 365–370, doi: 10.1176/appi.neuropsych.14080190.
- LUKASOVÁ, M., 2019. *Právní pohled na používání omezovacích prostředků*. [online] [cit 2020-01-04]. Dostupné z: http://www.reformapsychiatrie.cz/wp-content/uploads/2019/07/1_SOUHRNNA-ZPRAVA-OP-PRAVNI-POHLED.pdf
- LÜLLMANN, H., et al., 2012. 4. vydání. Barevný atlas farmakologie. Praha: Grada. 366 s. ISBN 978-80-247-3908-3.
- MAHROVÁ, G., VENGLÁŘOVÁ, M., 2006. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada. 144 s. ISBN 80-247-1262-8.
- MANEEWONG, J., 2017. Delirium after a traumatic brain injury: predictors and symptom patterns. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 13, 459-465. DOI: 10-2147/NDT.S128134.
- MARKOVÁ, E., et al. 2006. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. Praha: Grada. 352 s. ISBN 80-247-1151-6.
- MARKOVÁ, E., et al., 2014. *Ošetrovatelství v psychiatrii*. Praha: Grada. 296 s. ISBN 978-80-247-4236-6.
- MARTÍNKOVÁ, J., et al., 2018. 2. vydání. Farmakologie pro studenty zdravotnických oborů. Praha: Grada. 520 s. ISBN 978-80-247-4157-4.
- MITÁŠOVÁ, A., et al., 2010. Standardizace české verze The Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit (CAM-ICUcz). *Česká a slovenská neurologie a neurochirurgie* 73/106(3), 258-266. ISSN 1802-4041.

- MITÁŠOVÁ, A., et al., 2012. Incidence a rizikové faktory pooperačního deliria. *Česká a Slovenská neurologie a neurochirurgie* 75/108(5), 574-580. ISSN 1803-6597.
- NEJEDLÁ, M., 2015. *Klinická propedeutika pro studenty zdravotnických oborů*. Praha: Grada. 240 s. ISBN 978-80-247-4402-5.
- PECINOVSKÁ, O., 2011. Delirium u závislostí na návykových látkách. *Neurologia pro praxi*. 12(5), 317-320. ISSN 1803-5280.
- PILCH, R., 2011. Delirium tremens-diagnostika a léčba. *Psychiatrie pro praxi* 12(4), 153-155. ISSN 1803 5272.
- POKORNÁ, A., et al., 2013. *Ošetrovatelství v geriatrii: Hodnotící nástroje*. Praha: Grada. 202 s. ISBN 978-80-247-4316-5.
- POLÁCH, L., 2015. *Delirium*. [online]. [cit 2020-05-24]. Dostupné z: [online]. [cit 2020-05-24].
- RALPH, S., et al., 2005. *Nursing Diagnoses: Definition and Classification*. Philadelphia: NANDA. 785 s. ISBN 1-58255-292-4-9.
- RESSNER, P. et al., 2011. Delirium u geriatrických nemocných. *Neurologie pro praxi* 12(5), 311-316. ISSN 1803 5280.
- REUDEN, K., et al., 2017. Delirium in Trauma Patients: Prevalence and Predictors. *Critical Care Nurse Feb.* 37(1), 40-48. DOI 10.4037/CCN2017373.
- ROTH, J., 2011. Delirium: častý, závažný a opomíjený problém. *Neurologie pro praxi* 12(5), 303. ISSN 1803-5280.
- SAMPAIO, F., SEQUEIRA, C., 2015. Nurse's Knowledge and Practises in Cases of Acute and Chronic Confusion: A Questionnaire Survey. *Perspectives in Psychiatric Care*, 51(2), 98-105. DOI 10.1111/ppc.12069.
- SARISOVÁ, K., 2015. *Delirium*. [online] [cit 2019-08-13]. Dostupné z: <http://www.opsychologii.cz/clanek/160-delirium/>
- SEIDL, Z., 2015. *Neurologie pro studium a praxi*. 2. vydání. Praha: Grada. 384 s. ISBN 978-80-247-5247-1.
- SPEKTRUM ZDRAVÍ, 2017. *Co odhalí toxikologické vyšetření a jak probíhá*. [online] [cit. 2019-12-05]. Dostupné z: <http://www.spektrumzdravi.cz/dobry-kontakt/laboratorni-sluzby/co-odhali-toxikologicke-vysetreni-a-jak-probiha>
- ŠVIHOVEC, J., et al., 2018. *Farmakologie*. Praha: Grada. 1008 s. ISBN 978-80-247-5558-8.
- TOPINKOVÁ, E., *Delirantní stavy u hospitalizovaných seniorů-Současné diagnostické a léčebné postupy*, 2010. *Medicína po promoci* (3), ISSN 1212-9445 [online] [cit. 2019-

11-15]. Dostupné z: <https://www.tribune.cz/clanek/18575-delirantni-stavy-u-hospitalizovanych-senioru-soucasnediagnosticke-a-lecebne-postupy>
Psychiatrická péče, 2017. [online]. ÚZIS. [cit. 2019-10-31]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/katalog/zdravotnicka-statistika/psychiatricka-pece>
VANIŠOVÁ, Š., 2016. *Problematika ošetrovatelské péče u pacientů v deliriu na JIP*. České Budějovice. Bakalářská práce. ZSF JU.
Věstník MZ ČR, 2018 [online]. [cit 2020-01-05]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vestnik-c4/2018_15323_3810_11.html
VÖRÖSOVÁ, G., et al., 2015. *Ošetrovatelská diagnostika v práci sestry*. Praha: Grada. 208 s. ISBN 978-80-247-5538-0.
ZACHAROVÁ, E., 2016. *Komunikace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. 128 s. ISBN 978-80-271-0156-6.

8 Přílohy

8.1 Seznam příloh

Tabulka 1: Diagnostická kritéria MKN-10

Tabulka 2: Precipitující faktory

Tabulka 3: Skupiny léků vyvolávající delirium

Tabulka 4: Faktory zvyšující napětí při vstupu do zdravotnického zařízení

Tabulka 5: Doporučené dávkování farmak

Tabulka 6: Pravidla komunikace a chování pro lékaře (sestry)

Tabulka 7: Zásady komunikace s pacientem se zajištěnými DC

Tabulka 8: Odhad zmatenosti

Tabulka 9: Glasgow Coma Scale

Příloha 1: Záznamový arch pozorování sester

Příloha 2: Záznamový arch pozorování pacientů

Příloha 3: Otázky k rozhovorům pro sestry

Tabulka 1: Diagnostická kritéria MKN-10

Narušená kvalita	Symptomy
Zhoršené vědomí a pozornost	Snížená schopnost řídit, zaměřovat, udržet nebo přesouvat pozornost
Globální porucha poznávání a chápání	Zkreslené vnímání, iluze, halucinace Zhoršení abstraktního myšlení a chápání s přechodnými bludy Zhoršení okamžité výbavnosti a krátkodobé paměti Dezorientace časem, místem a osobou
Psychomotorické poruchy	Hyporeaktivita nebo hyperaktivita s nepředvídatelnými změnami Zvýšená úleková reakce
Poruchy cyklu- spánek-bdění	Nespavost, spánková inverze, denní ospalost Noční můry
Emoční poruchy	Deprese, úzkost, strach. Euforie, zmatený údiv

(Zdroj: KLEMPÍŘ, J., UHROVÁ, T., 2011. Delirium-obecný úvod do problematiky. *Neurologie pro praxi*. 12(5): 304-306. ISSN 1803-5280.)

Tabulka 2: Precipitující faktory

Potenciálně ovlivnitelné faktory	
Akutní onemocnění	Zevní vlivy
Sepse, Febrilie	Hluk
Hypoperfuze	Světlo
UPV, Imobilita	Nedostatek a fragmentace spánku
Analgoedace	Absence hodin u lůžka
Délka hospitalizace	Osamělost (absence návštěv)
Psychoaktivní látky	
Cizí materiál, katétry	
Závažnost onemocnění	

(Zdroj: KLEMPÍŘ, J., UHROVÁ, T., 2011. Delirium-obecný úvod do problematiky. *Neurologie pro praxi*. 12(5): 304-306. ISSN 1803-5280.)

Tabulka 3: Skupiny léků vyvolávající delirium

Léková skupina	
Anticholinergika	Kardiaka a antihypertenziva
Antikonvulziva	Stimulancia
Kortikosteroidy	Sedativa, hypnotika a anxiolytika
Analgetika a antirevmatika	Thymostabilizéry- lithium
Onkologika	Antimikrobiální látky
Antiparkinsonika	Další- např.: myorelaxancia

(Zdroj: KROMBHOLZ, R., 2015. Farmakologicky navozená deliria. *Praktické lékárnictví* 11(6): 198-202. ISSN 1803 5329).

Tabulka 4: Faktory zvyšující napětí při vstupu do zdravotnického zařízení

Faktory zvyšující napětí pacienta při vstupu do zdravotnického zařízení
Obtížná orientace ve zdravotnickém zařízení
Dlouhé čekací doby v čekárně, špatná organizace práce, hluk
Nedostatek informací-pacient není informován co se bude dít, personál není označen jmenovkami
Neprofesionální přístup personálu-nevhodné poznámky, rutinní přístup, absence empatie
Neumožnění kontaktu s příbuznými
Nové, neznámé prostředí

(Zdroj: MARKOVÁ, E., et al. 2006. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. Praha: Grada. 352 s. ISBN 80-247-1151-6.)

Tabulka 5: Doporučené dávkování farmak

Doporučené dávkování farmak			
Lék	Jednotlivá dávka	Jednotlivá dávka u staršího pacienta	Maximální denní dávka
Tiaprid	100-200 mg	100 mg	400-600 mg
Melperon	50-75 mg	25 mg	100-150 mg
Haloperidol	1,5-10 mg	0,5-2 mg	5-10 mg
Risperidon	2-6 mg	0,5 mg	2 mg
Olanzapin	5-20 mg	5 mg	10 mg
Quetiapin	25-600 mg	25 mg	200-400 mg
Diazepam	10 mg	nedoporučován	nedoporučován
Klonazepam	0,5-6 mg	0,5 mg	2 mg
Klometiazol	300 mg	nedoporučován	nedoporučován

(Zdroj: KROMBHOLZ, R., 2015. Farmakologicky navozená deliria. *Praktické lékárnictví* 11(6), 198-202. ISSN 1803 5329.)

Tabulka 6: Pravidla komunikace a chování pro lékaře (sestry)

Pravidla komunikace a chování pro lékaře
Pacienta poslouchejte vždy pozorně.
Vše vysvětľujte jasně a srozumitelně, přesvědčte se, zda vám pacient rozuměl.
Zjistěte od pacienta všechno, co by mohlo vaši práci s ním ztěžovat.
Zachovejte vždy důvěrnost informací.
Respektujte pacientova přání.
Nekritizujte pacienta veřejně.
Dejte pacientovi najevo svou emocionální podporu.
Respektujte pacientovo soukromí.
S diagnózou a léčbou seznáňte pacienta způsobem, který je pro něj přijatelný a srozumitelný.
Během rozhovoru udržujte oční kontakt.
Vystupujte před pacientem vždy v nejlepším světle.
Buďte poctiví a čestní.

(HONZÁK, R., 1999. *Komunikační pasti v medicíně*. Praha: Galén. 165 s. ISBN 80-7262-032-0.)

Tabulka 7: Zásady komunikace s pacientem se zajištěnými DC

Zásady komunikace u pacienta se zajištěnými DC	
Konkrétnost	Formulace jasná, stručná
	Jednoduché, krátké věty
	Pokládat otázky s možnou odpovědí Ano/Ne
Čas	Dostatek času na pacienta
	Trpělivost
	Tolerance při zapomínání slov
	Kontrolovat pozornost
Zorné pole pacienta	Přímý pohled z očí do očí
	Neotáčet se zády nebo bokem
	Nemluvit s více lidmi najednou
	Nemluvit o jiných pacientech
Zpětná vazba	Ověřit zpětnou vazbu
	Sledovat reakce, kontrolovat pochopení
	Vynutit si souhlas kývnutím/ stisknutím ruky, mrknutím
	V případě nepochopení, zvonu zopakovat
Empatie a motivace	Pochválit za každý nový krok
	Vcítit se do pacienta
	Nenutit k rozhovoru
	Předpokládat základní potřeby a požadavky
	Identifikovat a dotazem potvrdit neverbální projevy

(KŘIVKOVÁ, J., TOMOVÁ, Š., 2016. *Komunikace s pacientem v intenzivní péči*. Praha: Grada. 136 s. ISBN 978-80-271-0064-4.)

Tabulka 8: Odhad zmatenosti

Odhad zmatenosti (Dr. R. Gaind)	
Zkrácený mentální bodovací test pro sestry, každá správná odpověď 1 bod, pokud dosáhne nemocný méně než 7 bodů jedná se o zmatenost	
Zeptejte se nemocného na:	
1.	Věk
2.	Čas do nejbližší hodiny
3.	Adresu (pro připomenutí-na konci testu by měla být adresa pacienta zopakována, abychom se ujistili, že pacient dobře slyšel)
4.	Rok
5.	Jméno nemocnice
6.	Poznání alespoň dvou osob (sestra, lékař)
7.	Datum narození
8.	Rok první světové války
9.	Jméno současného prezidenta
10.	Odečítat zpět od 20 do 1 nebo vyjmenovat zpětně měsíce v roce prosinec-leden

(Zdroj: GAIND, R., 1981. *Odhad zmatenosti*. [online] [cit 2020-05-26]. Dostupné z: <https://ose.zshk.cz/media/p5807.pdf>)

Tabulka 9: Glasgow Coma Scale

Glasgow Coma Scale		
Odpověď	Reakce na určitý podnět	Body
Otevření očí	Spontánní	4
	Na oslovení	3
	Na bolestivý podnět	2
	Pacient nereaguje	1
Slovní odpověď	Plně orientován	5
	Zmatená	4
	Nepřiměřená	3
	Nesrozumitelná	2
	Bez odpovědi	1
Motorická odpověď	Uposlechne příkaz	6
	Adekvátní reakce na bolestivý podnět	5
	Úhyb	4
	Flexe na bolestivý podnět	3
	Extenze na bolestivý podnět	2
	Bez odpovědi	1
Celkové skóre:		3- 15

(Zdroj: KAPOUNOVÁ, G., 2020. *Ošetřovatelství v intenzivní péči*. 2. vydání. Praha: Grada. 388 s. ISBN 978-80-271-0130-6.)

Příloha 1: Záznamový arch pozorování sester

Pozorování sester		
Ukládání pacienta do klidného prostředí		
Snaha o dodržování rytmu spánek-bdění		
Odstranění, co největšího množství rušivých elementů (kabely)		
Povolení přítomnosti rodiny (co nejvíce i mimo návštěvní hodiny)		
Sledování hypoxie, možného srdečního nebo ledvinného selhání a fyziologických funkcí		
Sledování známek infekce		
Využívání pacientových kompenzačních pomůcek (brýle, naslouchadla)		
Úprava prostředí		
Slabé noční osvětlení		
Pravidelně informovat o místě a čase		
Ukázky známých předmětů		
Restriktivní opatření-pouze v případě nouze		
Tlumení bolesti, úzkosti		
Hodnocení diagnózy Akutní zmatenost (00128)		
Snaha o vytvoření terapeutického vztahu a důvěry		
Vstřícná a srozumitelná komunikace		
Snaha o stabilní prostředí		
Podpora orientace: viditelné hodiny, noční osvětlení, trvalý kontakt, zapojení rodiny do péče		
Péče o vyprazdňování a prevence zácpy		

Prevence imobilizace		
Snaha o navození pocitu bezpečí		
Zajištění vhodného způsobu a formy stravování a příjmu tekutin		
Vynechávání sedativních léků přes den		
Hodnocení pacienta podle škál (vhodných pro delirium)		
Nevinit pacienta za jeho stav		
Úcta a respekt		

Příloha 2: Záznamový arch pozorování pacienti

Pozorování pacientů

Pohlaví:

Věk:

Příčina: Extrakraniální:

Intrakraniální:

Primárně psychické:

Je přítomna kvalitativní porucha vědomí a porucha pozornosti:

Nemoc propukla rychle a má kolísavý průběh:

Změny psychomotoriky (agitovanost/útlum):

Poruchy vnímání (iluze, halucinace):

Dezorganizace myšlení:

Poruchy spánku:

Poruchy emocí:

Příčina vzniku:

Diagnóza: Příjmová:

Aktuální:

Rizikové faktory: demence hypertenze alkoholismus závažnost kritického stavu

Forma deliria:

Hypoaktivní

Hyperaktivní

Smíšená forma

Byl jedinec v komatu a došlo následně k organické psychické poruše (demence, poruchy osobnosti, afektivní porucha, kognitivní poruchy):

Komplikace: (pád, vytažení PMK, PŽK,...)

Provedená vyšetření: neurologické interní další:
Laboratorní vyšetření: hematologické hemokoagulační biochemické
toxikologické
další:

Radiologické vyšetření: RTG srdce a plic CT mozku další:

Proběhla kontrola/redukce medikace?

Došlo v posledním období k vysazení alkoholu, drog, farmak (opiátů), ke změnám prostředí, životní události

Jaká je objektivní anamnéza (rodina, příbuzný):

Co stavu předcházelo? (operace, ebrieta,...)

Proběhlo psychologické a psychiatrické vyšetření?

Došlo k rozlišení od akutní přechodné psychotické poruchy, schizofrenie, poruchy nálad,...

Otázky k rozhovoru pro sestry

1) Jaký je podle vás rozdíl mezi deliriem a akutní zmateností?

2) Věděl/ Věděla by jste jak se tento stav projevuje?

- Narušení rytmu spánek-bdění
- Kvalitativní porucha
- Rychlý nástup a kolísavý průběh
- Deorientace
- Agitovanost/útlum (změna psychomotoriky)
- Poruchy vnímání
- Dezorganizace myšlení
- Poruchy emocí

3) Co tento stav podle vás způsobuje?

4) Znáte nějaké zásady, jak k těmto lidem přistupovat, intervence?

- Snaha o dodržení spánkového rytmu
- Odstranění co největšího množství rušivých elementů
- Povolení přítomnosti rodiny
- Uložení do klidného prostředí
- Zvýšená kontrola
- Sledování FF, hypoxie, známek srdečního/ ledvinného selhání
- Sledování známek infekce
- Slabé noční osvětlení
- Pravidelná pomoc v orientaci
- Restriktivní opatření-pouze když je to nutné
- Tlumení bolesti a úzkostných stavů
- Komunikace
- Péče o vyprazdňování a prevence zácpy
- Prevence imobilizace
- Snaha o navození pocitu bezpečí
- Zajištění vhodného způsobu stravování a péče o hydrataci
- Omezení sedativní léků v denní dobu
- Nevinit nemocného za jeho stav

- 5) **Něco co by jim mohlo pomoci při orientaci?**
- 6) **Myslíte si, že je vhodné zvýšit kontakt s rodinou, pokud nemocný prodělává delirium?**
- 7) **Co se týče kompenzačních pomůcek (brýle, naslouchátka) dáváte je nemocným v deliriu?**
- 8) **Snažíte se pravidelně pomáhat nemocnému v orientaci? Jakým způsobem?**
- 9) **Používá se u vás hodnocení pomocí škál? Nebo hodnocení ošetřovatelské diagnózy: Akutní zmatenost?**
 - Delirium Rating Scale
 - Confusion Assessment Method
 - Delirium Symptom Interview
 - Clinical Assessment of Confusion/ CAM-ICU
 - Delirium index
 - Confusional Rating Scale
 - NEECHAM
- 10) **Jak by jste upravil(a) komunikaci s nemocným, který právě prodělává delirium?**
- 11) **Informujete nemocného, o tom jak se choval když u něj probíhalo delirium?**
- 12) **Máte stejný přístup k delirantnímu nemocnému a k nemocnému, který je plně orientován místem, časem, osobou?**
- 13) **Snažíte se vynechávat sedativní léky během dne?**
- 14) **Budíte pacienta přes den, aby jste podpořil(a) spánek v noční hodiny?**

9 Seznam zkratek

ABR Acidobazická rovnováha

ARO-JIP Specializace ve zdravotnictví- Intenzivní medicína

B12 Vitamín

Bc. Všeobecná sestra

Bc-ZZ Zdravotnický záchranář

BMI Body Mass Index

CAC Clinical Assessment of Confusion

CAM-ICU The Confusion Assessment Method- Intensive Care Unit

CMP Cévní mozková příhoda

CNS Centrální nervová soustava

CT Počítačová tomografie

DC Dýchací cesty

Dis. Všeobecná sestra

EDH Epidurální hematom

EEG Elektroencefalografie

EKG Elektrokardiografie

ft4 Množství biologicky aktivního hormonu tyroxinu

GABA Kyselina gama-aminomáselná

HIV Human Immunodeficiency Virus

ICHS Ischemická choroba srdeční

JIP Jednotka intenzivní péče

KARIM FN Klinika anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny fakultní nemocnice

MKN Mezinárodní klasifikace nemocí

MZ Ministerstvo zdravotnictví

NANDA North American for Nursing Diagnosis Association

NCSE Nekonvulzivní status epileptikus

NEECHAM NEElon and CHAMpagne Confusion Scale

NMDA N-methyl-D-asparagová kyselina

PET CT Pozitron emisní počítačová tomografie

PN Parkinsonova nemoc

POD Pooperační delirium

PS Praktická sestra

RASS Richmond Agitation-Sedation Scale

RTG Rentgen

SAK Subarachnoideální krvácení

SDH Subdurální hematom

SIRS Systemic inflammatory response syndrome-systémová zánětlivá odpověď organismu

SPECT Single-Photon Emission Computed Tomography- Jednofotonová emisní výpočetní tomografie

SŠ Střední škola

SZŠ Střední zdravotnická škola

TPHA Treponema pallidum hemagglutination- Screeningový test na Syfilis

TSH Tyreotropní hormon

UPV Umělá plicní ventilace