



Zdravotně  
sociální fakulta  
Faculty of Health  
and Social Sciences

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

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Zdravotně sociální fakulta

Ústav ošetřovatelství, porodní asistence a neodkladné péče

Bakalářská práce

# Problematika ošetřovatelské péče u pacientů v deliriu na JIP

Vypracovala: Štěpánka Vanišová, DiS.

Vedoucí práce: Mgr. Alena Polanová

České Budějovice 2016

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to – v nezkrácené podobě – v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných fakultou – elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich 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 kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 3. 5. 2016

.....

(jméno a příjmení)

## **Poděkování**

Chtěla bych poděkovat zejména Mgr. Aleně Polanové za její odborné vedení a čas, který mi věnovala při psaní této bakalářské práce. Dále děkuji mému manželovi a celé mojí rodině za pomoc a psychickou podporu a paní Mgr. Elišce Melicherové za gramatickou a jazykovou korekturu.

## **Abstrakt**

Delirium je velmi častá a závažná komplikace zdravotního stavu, která postihuje spíše pacienty vyššího věku a je spojena s četnými negativními jevy, jako je prodloužení hospitalizace, zvýšení finančních nákladů, vyšší mortalita a častěji nutnost dalšího institucionálního řešení. Péče o pacienta v deliriu představuje pro ošetrovatelský personál zvýšené psychické a fyzické vypětí a v neposlední řadě i časovou náročnost.

Tato bakalářská práce se zabývá problematikou ošetrovatelské péče u pacientů v deliriu. Má stanoveny tři cíle. První cíl zjišťuje specifika ošetrovatelské péče o pacienty v deliriu na vybraných jednotkách intenzivní péče chirurgických oborů. Druhý cíl zjišťuje, jak sestry zvládají komunikaci s pacientem v deliriu, a třetí cíl mapuje znalosti sester v oblasti péče o pacienta v deliriu. K cílům jsou přiřazené čtyři výzkumné otázky, které se odvíjejí od stanovených cílů.

V empirické části bylo použito kvalitativní šetření. Jeho základem je polostrukturovaný rozhovor, který byl veden se sestrami pracujícími na jednotkách intenzivní péče chirurgických oborů. Odpovědi jsou analyzovány a poté převedeny do kategorizací. Výzkumné šetření je doplněno metodou zúčastněného pozorování sester, se kterými byl veden rozhovor.

Výzkumným šetřením bylo zjištěno, že většina dotázaných sester nemá správný přístup k pacientům v deliriu. Ošetrovatelská péče o tyto pacienty je ovlivňována jejich náladou. V některých případech dochází k nadužívání omezovacích prostředků a k nedodržování standardu o Omezení pacienta ve volném pohybu. Znalosti správných komunikačních metod s pacientem v deliriu mají sestry, se kterými byl veden rozhovor, dostatečné, ale v některých případech je nepřevádí do praxe. Méně znalostí mají v oblasti preventivních a ošetrovatelských intervencí deliria.

Z výsledků vyplývá, že sestram chybí teoretické a praktické zkušenosti potřebné ke zvládnutí této velmi časté a závažné komplikace zdravotního stavu. Bakalářská práce by mohla posloužit jako podklad pro uspořádání semináře s touto problematikou pro všeobecné sestry.

**Klíčová slova:** delirium; akutní zmatenost; intenzivní péče; ošetrovatelská specifika

## **Abstract**

Delirium is a very common and serious health complication which mostly affects elderly patients and is associated with multiple negative effects, such as prolongation of hospitalization, increase in financial expenses, higher mortality and more frequent need for further institutional solutions. Care for patients with delirium means increased mental and physical exertion for the nursing staff and is also more time-consuming.

This bachelor thesis addresses the issues of nursing care for patients affected by delirium. It has three objectives. The first objective examines the specifics of nursing care for patients with delirium on selected surgical critical care units. The second objective examines the way nurses manage communication with patients affected by delirium, and the third objective maps the knowledge nurses have of care for patients with delirium. There are four research questions assigned to the objectives and they are based on the set objectives.

The empirical part of this thesis used qualitative research method. It is based on a semi-structured interview, which was conducted with nurses working in intensive care units of surgical disciplines. The answers were analysed and then categorized. The research survey was complemented by participant observation of the nursing staff who took part in the interview.

The research survey has found that the majority of surveyed nurses did not have the correct approach to patients affected by delirium. Nursing care for these patients was influenced by their mood. In some cases, there was an excessive use of restraints and disregard for the Restriction of patient's movement policy. The nurses who participated in the interview had good knowledge of proper communication methods with patients affected by delirium but in some cases did not use them in practice. They had less knowledge in the fields of prevention and nursing interventions of delirium.

The results show that nurses lack theoretical and practical experience required to deal with this very common and serious health complication. This bachelor thesis could serve as a basis for organizing a seminar on this issue for nurses.

**Keywords:** delirium; acute confusion; intensive care; nursing care specifics

## OBSAH

ÚVOD.....	8
1 SOUČASNÝ STAV .....	9
1.1 Delirium.....	9
1.1.1 Etiopatogeneze deliria .....	10
1.1.2 Klinický obraz deliria .....	12
1.1.3 Diagnostika deliria.....	13
1.1.4 Léčba deliria .....	14
1.1.5 Komplikace, prognóza a prevence deliria .....	15
1.2 Jednotka intenzivní péče jako rizikový faktor vzniku deliria .....	16
1.3 Specifika ošetrovatelské péče u pacientů v deliriu .....	17
1.3.1 Ošetrovatelská diagnostika deliria.....	18
1.3.2 Ošetrovatelský přístup k pacientovi s rizikem vzniku deliria .....	18
1.3.3 Ošetrovatelské problémy u pacientů v deliriu .....	21
1.3.4 Péče o neklidného pacienta v deliriu .....	22
1.3.4.1 Fyzické omezení pacienta .....	23
1.3.4.2 Legislativa k omezení pacienta .....	24
1.3.5 Komunikace s pacienty v deliriu .....	25
1.3.5.1 Verbální komunikace s pacienty v deliriu.....	26
1.3.5.2 Neverbální komunikace s pacienty v deliriu.....	27
1.4 Možnosti vzdělávání sester v oblasti péče o pacienta v deliriu .....	28
2 CÍLE PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY .....	29
2.1 Cíle práce .....	29
2.2 Výzkumné otázky .....	29

3	METODIKA PRÁCE.....	30
3.1	Použité metody .....	30
3.1.1	Rozhovor .....	30
3.1.2	Pozorování.....	30
3.2	Charakteristika výzkumného vzorku .....	31
4	VÝSLEDKY .....	32
4.1	Kategorizace výsledků z rozhovorů.....	32
4.2	Zaznamenaná data ze zúčastněného pozorování v záznamovém archu ...	43
5	DISKUZE.....	44
6	ZÁVĚR .....	55
7	SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ .....	57
8	SEZNAM PŘÍLOH.....	62
9	SEZNAM ZKRATEK.....	63

## ÚVOD

Delirium je kvantitativní porucha vědomí, poznávání, paměti a spolupráce pacienta. Vzniká náhle v důsledku tělesné nebo psychické poruchy, jež přesahuje adaptační schopnosti mozku. Jde o velmi nepříjemnou komplikaci často postihující starší pacienty nad 65 let věku a je spojeno s četnými negativními jevy, jako je sebepoškození pacientů, prodloužení hospitalizace, zvýšení finančních nákladů i vyšší mortalita (Bruthans, 2009).

Počet postižených jedinců v poslední době narůstá. Je to dáno zejména stárnutím celosvětové populace a tím i narůstajícím věkem operovaných. Dnes není výjimkou radikální operace u pacientů starších 75 let. Tito často polymorbidní pacienti jsou častěji hospitalizováni na JIP a jsou náchylnější ke vzniku deliria (Šváb et al., 2008).

Prevencí vzniku delirantních stavů je primární opatření již při prvních náznacích rozvoje deliria. V tomto případě je nutné ihned nasadit komplexní terapii deliria. Komplexní terapie deliria nezahrnuje jen eliminaci vyvolávající příčiny a zahájení správné farmakoterapie, ale vyžaduje komplexní přístup a týmovou spolupráci celého personálu oddělení. Kvalitním a profesionálním ošetrovatelským přístupem se může velmi výrazně ovlivnit vznik i průběhu deliria (Praško et al., 2013).

Ošetrovatelská péče o pacienty v deliriu je velmi náročná. Vyžaduje zvýšené psychické i fyzické úsilí. Ošetrovatelský personál často zaujímá negativní postoj vůči pacientovi v deliriu. Ten může plynout z nedostatků znalostí ohledně této problematiky a pacientovi tak může způsobovat ještě vyšší zátěž, kterou delirium pro něj představuje.

Proto je bakalářská práce věnována této problematice a jejím cílem je zjistit specifika ošetrovatelské péče o pacienty v deliriu, jaké komunikační techniky sestry používají a jaké znalosti jim chybí ohledně této problematiky.

Teoretická část bakalářské práce by měla přinést informace ohledně samotného deliria a specifík ošetrovatelské péče o pacienta v deliriu. Praktická část by měla formou rozhovorů se sestrami pracujícími na JIP zjistit specifika ošetrovatelské péče, způsob komunikace s pacienty v deliriu a zmapovat znalosti sester ohledně této problematiky.



# 1 SOUČASNÝ STAV

## 1.1 *Delirium*

Delirium je závažná duševní porucha podmíněná kvalitativní poruchou vědomí a je velmi častou komplikací nemocí u starých a oslabených hospitalizovaných pacientů.

Pojem delirium jako označení kvalitativní poruchy vědomí, pochází z latinského názvu delirare = blouznit. Českým ekvivalentem deliria je stav zmatenosti (Jiráček et al., 2013).

V literatuře lze nalézt řadu definic deliria, například definice od Matějovské Kubešové uvádí, že „*delirium je akutní a přechodná alterace duševního stavu, která je charakterizována neschopností adekvátně identifikovat a reagovat na změny okolního prostředí, poruchou vědomí, řečovými problémy a dalšími příznaky kognitivní poruchy*“ (Matějovská Kubešová et al., 2009, s. 165).

Delirium je také často popisováno jako „*etiologicky nespécifikovaný organický cerebrální syndrom charakterizovaný současnými poruchami vědomí, pozornosti, vnímání, myšlení, paměti, psychomotorického chování, emocí a spánkového rytmu*“ (Praško et al., 2013, s. 271).

Pro tento syndrom je typický náhlý začátek, fluktuující průběh a ve stáří může představovat akutní, život ohrožující stav. Vyskytuje se u 10 – 30 % hospitalizovaných pacientů, častěji u starších 65 let. Incidence deliria v podmínkách intenzivní péče dosahuje 62 % a u nemocných s umělou plicní ventilací až 82 %. V pooperačním období se delirium pohybuje mezi 10 – 50 % hospitalizovaných pacientů vyššího věku (Pokorná et al., 2013).

Deliriózní stav je přechodný a většina nemocných nemá příznaky deliria do 4 týdnů nebo i dříve. Nejsou ale neobvyklá deliria, které mohou trvat až 6 měsíců (Pokorný et al., 2010).

Bez ohledu na primární onemocnění má delirium negativní důsledky na průběh onemocnění. Prodlužuje dobu hospitalizace a zvyšuje riziko mortality (Praško et al., 2013).

### 1.1.1 Etiopatogeneze deliria

Etiologie vzniku delirií je značně nejednotná. Dle Praška (2013) lze obecně říci, že deliria představují nespecifickou reakci na závažné poruchy mozkového metabolismu vznikající v důsledku různých organických, somatogenních a intoxikačních faktorů. Snadněji se ale mohou vyvinout u osob, jejichž centrální nervová soustava byla již změněna následkem různých onemocnění, aterosklerotických změn, atrofií mozku nebo chronickým alkoholismem. Delirium se také snáze vyvine u dětí a starých osob, protože rostoucí a stárnoucí mozek je ke změnám citlivější (Praško et al., 2013).

Naproti tomu Zadák (2007) uvádí, že akutní delirium je častou poruchou vědomí u nemocných na jednotce intenzivní péče a je považováno za nespecifickou reakci mozku na stresovou situaci vlivem dysbalance koncentrací serotoninu a dopaminu ve vybraných částech mozku. Vzniká vlivem zátěžové situace např. akutní nemoc, úraz, operace, abstinence, rozvoj SIRS většinou v terénu určité mozkové patologie jako je degenerativní postižení mozku, abúzus alkoholu nebo návykových látek (Zadák et al., 2007).

V druhé uvedené knize od Praška (2011) se zase píše, že u deliria dochází k narušení oxidačních a jiných metabolických procesů v mozku s následnou neurotransmitterovou dysbalancí, zejména se jedná o acetylcholinergní transmisi, výrazné změny ale vznikají i u noradrenalinu, dopaminu, glutamátu, serotoninu a také kortizolu (Praško et al., 2011).

Příčinu vzniku deliria se nedá v konkrétních případech dost často určit, ale jsou různé faktory, které lze považovat za tzv. spouštěče delirií. Mezi nejčastější příčiny deliriózních stavů může patřit *organické poškození centrálního nervového systému* různého charakteru, které vede k poruše metabolismu v mozku. Mohou to být traumata mozku včetně epidurálních a subdurálních hematomů, neuroinfekce – encefalitidy, primární i metastatické mozkové tumory, některé atroficko-degenerativní demence, stavy po epileptickém paroxysmu (Praško et al., 2013). Cévní onemocnění jako je cévní mozková příhoda a hypertenzní encefalopatie. K deliriu mohou vést také některé fokální léze pravého parietálního laloku a spodního mediálního povrchu okcipitálního laloku (Pokorný et al., 2010).

*Extracerebrální tělesné nemoci* jsou daleko častější příčiny než primární onemocnění mozku. Jsou to změny krevního průtoku mozku z různých somatických příčin, ischemická choroba srdeční, anémie, chronické plicní záněty, plicní emfyzém, endokrinopatie, deficit výživy, hypertermie, rozvíjející se šok, kardiální dekompenzace nebo kardiopulmonální selhávání (Praško et al., 2011).

*Pooperační stavy po narkóze*, u kterých se uplatňují komplexní příčiny, například bolest, účinky farmak, hypoxémie v důsledku anemizace, pooperační hypotenze, dysbalance elektrolytů, imobilizace, změna prostředí a režimu (Topinková, 2010). Další příčinou mohou být *metabolické a endokrinní poruchy*. Jedná se například o iontový rozvrat, hypoglykémii, jaterní a ledvinné selhání, pankreatitidu, diabetes mellitus, infekce, intoxikace, patologické hodnoty urey a elektrolytů. Významnými metabolickými faktory delirií jsou dehydratace a poruchy výživy (Praško et al., 2013).

Také *infekční onemocnění* mohou být příčinou rozvoje deliria. Zejména infekční onemocnění s febriliemi. Někdy ke vzniku deliria stačí febrilie samotná. Delirium je běžnou komplikací u pneumonie a břišního tyfu. U starších osob a dětí se však může objevit i jako komplikace chřipky a také může být jeden z prvních příznaků rozvíjejícího se septicko-toxického šoku (Praško et al., 2011).

Další běžnou příčinou deliria jsou *syndromy z vysazení* pro vynechání alkoholu tzv. delirium tremens nebo jiných návykových látek při chronickém užívání (Praško et al., 2013). Nejčastěji jde o psychofarmaka, léky s anticholinergním účinkem (spasmolytika, antiparkinsonika, tricyklická antidepresiva) a další centrálně působící léčiva (Topinková, 2010), (podrobněji v kapitole 1.1.2 Klinický obraz deliria). Příčinou deliria může být též *intoxikace* léky, alkoholem, opiáty, drogami, plyny, toxickými látkami. U citlivých jedinců s organickým poškozením mozku mohou delirium způsobovat i některé léky předepsané v terapeutických dávkách (Praško et al., 2013).

*Psychózy ze schizofrenního okruhu*, jako porucha vědomí – zmatenost, neklidné delirium nebo stav podobný snu mohou být také součástí obrazu schizoafektivní poruchy (Praško et al., 2011). Poslední uvedenou příčinou jsou *psychosociální stresory*, které se uplatňují především u jedinců s predispozicí v podobě organické poruchy mozku nebo somatického onemocnění. Typickým stresorem, zejména u starších osob, je náhlá změna

prostředí, například hospitalizace, umístění do domova pro seniory, odloučení od blízkých osob, pohybové omezení (včetně imobilizace v lůžku). K rozvoji deliria také přispívá sensorická deprivace nebo naopak zahlcení podněty smyslové bariery (Tomáš et al., 2014).

### 1.1.2 Klinický obraz deliria

Klinický obraz delirií bývá velmi různorodý. Často předcházejí deliriu prodromální fáze, v jejímž průběhu se objevují nespecifické příznaky jako neklid, obtížnost jasně uvažovat, poruchy spánku, živé sny a noční můry, hypersenzitivita ke sluchovým a zrakovým podnětům. Prodromy obvykle přicházejí 1-2 dny před vznikem deliria a následně je prvním příznakem dezorientace v čase (Praško et al., 2011).

Podle převažujícího klinického obrazu se delirium rozděluje do tří základních typů. Pro všechny tři formy delirií jsou typické příznaky jako náhlý začátek většinou večer a v noci tzv. syndrom soumraku, dezorientace v čase a místě, porucha paměti, poruchy myšlení v podobě bludů, pozornosti, poruchy vnímání a částečnou nebo úplnou amnézií na období deliria (Tomáš et al., 2014).

*Hyperaktivní forma deliria* je prvním typem deliria, který se projevuje zrychleným psychomotorickým tempem, zvýšením aktivity. Často se objevují psychotické příznaky typu poruch vnímání a produkce bludů, pacient je neklidný, agitovaný, podrážděný, nesoustředěný, může mít halucinace, mluví nahlas a rychle, mnohdy se vyskytnou projevy agrese včetně autoagrese projevující se vytrháváním cévek, katetrů, rozvazování ob vazů, sebepoškozováním (Pokorná et al., 2013). Zvýšená psychomotorická aktivita se může také projevovat ohmatáváním nebo šubáním povlečení postele, pokusy dostat se ven z postele ve chvíli, kdy to může být nebezpečné. Často se také vyskytují emoční poruchy, které se mohou projevovat křikem, voláním, mumláním, sténáním nebo jinými zvuky (Pokorný et al., 2010).

Druhým typem deliria je *hypoaktivní forma*, která se vyskytuje častěji ve stáří a kvůli svým skrytým projevům bývá mnohdy přehlédnuta. Projevuje se většinou dezorientací

časem a místem, ale pacient se snaží vyznat v situaci. Dále bývá zpomalená motorika, snížená pozornost, omezená komunikace s okolím, spavost, netečnost, někdy i letargie.

Třetím nejčastějším typem deliria je *smíšená forma deliria*. U pacientů dochází ke střídání hyperaktivních a hypoaktivních projevů, typické je časté kolísání intenzity kvalitativní poruchy vědomí. Často se vyskytuje u polymorbidních pacientů (Pokorná et al., 2013).

Zvláště nebezpečný je delirantní stav po odnětí alkoholu nebo některých léků, tzv. *delirium tremens*, který lze zařadit také mezi typy deliria. Jde o vznik akutní psychózy a somatických doprovodných příznaků při chronickém abúzu alkoholu nebo léků, které se objevují 72 až 96 hodin po přerušení alkoholové nebo lékové konzumace. Typické prodromální příznaky zahrnují nespavost, ulekanost, strach, tachykardii, pokles krevního tlaku a tremor. Rozvinutými příznaky jsou úzkost, střídání strachu a euforie, značný psychomotorický neklid, agitovanost, dezorientace, zmatenost, živé halucinace (často vizuální mikrozoopsie), iluze, výrazné vegetativní příznaky jako je pocení, tachykardie, zvýšená teplota (Praško et al., 2011).

### 1.1.3 Diagnostika deliria

*„Včasným rozpoznáním nastupujícího deliria lze předejít zhoršování stavu a zmírnit zátěž, kterou pro pacienty delirium představuje“ (Tomáš et al., 2014, s. 195).*

Diagnostika deliria se opírá o anamnézu, klinické pozorování chování a vyšetření kognitivních funkcí (Papežová et al., 2014). Je také nutné při propuknutí deliria provést fyzikální, biochemické, hematologické a dle potřeby další fakultativní vyšetření ke zvážení somatogenních příčin vzniku deliria (Praško et al., 2013).

Při odebírání anamnézy pacienta je zapotřebí se co nejrychleji zorientovat v okolnostech vzniku potíží a v možných souvislostech. Údaje je nutné získat od spolehlivého zdroje, jako je rodina, ošetřující personál, osoba zajišťující transport apod. (Papežová et al., 2014).

Pro posouzení deliria jsou také nezbytné psychomotorické testy. Existuje celá škála rychlých, snadno aplikovatelných testů například CAM ICU (The Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit). Tento test, v příloze v české verzi (PŘÍLOHA 1), slouží k diagnostice deliria nespécialistou, tedy také všeobecnou sestrou a je nejčastěji používán pro detekci deliria odborníky mimo psychiatrii. Dalším testem je DOS (The Delirium Observation Screening), který může být také hodnocen nelékařským pracovníkem a vyžaduje asi 5 minut času. Test je vhodné použít, pokud se nejedná o první kontakt s pacientem (Pokorná et al., 2013). Posledním zde uvedeným testem je NEECHAM (Neelson, Champagne), který je také vyvinut pro hodnocení všeobecnou sestrou a je v české verzi (PŘÍLOHA 2) (Vörösová et al., 2015). V případě nouze lze použít také MMSE test (Mini-Mental State Examination), který je nejznámější a nejčastěji používaný nástroj pro zhodnocení kognitivních funkcí (Pokorná et al., 2013).

#### 1.1.4 Léčba deliria

Delirium má často multifaktoriální etiologii a vyžaduje komplexní přístup a týmovou spolupráci personálu oddělení se zapojením rodiny do péče o nemocného (Praško et al., 2013).

Léčbu deliria lze zhruba rozdělit do dvou oblastí a to na nespecifická opatření a specifická opatření. U *nespecifického opatření* se léčba zaměřuje na diagnostiku a léčbu somatické choroby vyvolávající delirium, věnuje pozornost hydrataci a realimentaci, zvažuje podávání psychoaktivních léků nebo jiných, které se jeví jako podezřelé ze vzniku stavu zmatenosti. Léčba se také zaměřuje na eliminaci případných stresorů, uklidnění pacienta, na klidnou psychickou stimulaci, zavedení pravidelného denního režimu a na fyzická omezení pacienta (Matějovská Kubešová et al., 2009).

U *specifického opatření* se jedná o léčbu farmaky. Farmakoterapie by měla být zahájena jen pokud nebyla dostačující nespecifická léčba a důvodem vzniku deliria není organická příčina. Ve farmakoterapii delirantních stavů jsou používána antipsychotika, přednostně atypická, u kterých je nižší riziko nežádoucích účinků. Dávka může být

rozložena do několika denních dávek, pokud se deliria vyskytují i během dne. Při nočním výskytu delirií se léky podávají obvykle na noc. Nejčastěji používaná farmaka jsou tiaprid (Tiapridal), melperon (Buronil), risperidon (Risperdal) a olanzapin (např. Zyprexa). U delirií spojených s přetrvávajícím neklidem je užíván haloperidol (Tomáš et al., 2014). Z podpůrné medikamentózní léčby jsou indikována nootropika ke zlepšení cerebrálního metabolismu a udržení bledosti v denních hodinách, dále vitamíny B, C (Praško et al., 2013). U pacientů s těžkým somatickým onemocněním, kde klinicky dominuje úzkost, insomnie, agitovanost a excitace jsou účinné v léčbě benzodiazepiny, které jsou také doporučovány u jaterního onemocnění, jelikož mají nižší riziko jaterní toxicity, než antipsychotika (Papežová et al., 2014).

#### *1.1.5 Komplikace, prognóza a prevence deliria*

Jakékoliv objevení deliria představuje prognosticky závažný stav a zvyšuje časnou i pozdní mortalitu (Matějovská Kubešová et al., 2009). Mortalita deliria souvisí jednak s jeho příčinou a jednak s dalšími komplikacemi, které souvisí s porušeným vědomím.

Komplikace, které mohou nastat v souvislosti s deliriem a následně zhoršit prognózu pacienta jsou například poranění z důvodu pádu z lůžka, z útěku před domnělými pronásledovateli a ze sebepoškození (Praško et al., 2013). Komplikace spojené s tlumivým účinkem léků a upoutáním na lůžko, jako jsou bronchopneumonie, syndrom dekonkondicionace, dekubity, močová retence a inkontinence moči i stolice také mohou výrazně prodloužit délku hospitalizace (Matějovská Kubešová et al., 2009). Narušení potřebné lékařské péče a přechod deliria do demence při nedostatečném léčení nebo nemožnosti kauzální léčby a vznik amnestického syndromu nebo organické poruchy osobnosti jsou také další komplikace, které mohou nastat (Praško et al., 2013).

Všechny komplikace spojené s deliriem představují významný pokles funkčního potenciálu, delší dobu hospitalizace (Matějovská Kubešová et al., 2009) a riziko následného institucionálního řešení. Pacienti nad 65 let po prodělaném deliriu jsou 3krát častěji umisťováni do domovů s ošetrovatelskou službou (Pokorný et al., 2010).

Prognosticky platí, že čím delší a protražovanější je delirium, tím horší je prognóza. Ve většině případů je prognóza dobrá. Delirium trvá zpravidla od dvou dní do dvou týdnů, u starších nemocných i déle. U některých nemocných přetrvávají příznaky deliria ještě 6 až 12 měsíců (Pokorná et al., 2013). Také platí, že jedinci s lepším premorbidním kognitivním fungováním a tělesným stavem mají lepší prognózu a jedinci s opakovanými epizodami deliria mají vyšší riziko opětovného vzniku příznaků (Pokorný et al., 2010).

Prevence vzniku deliria spočívá v redukci všech rizik, která se podílejí na vzniku deliria. Například pečlivá pooperační péče se zajištěním dostatečné oxygenace, hydratace, výživy, oběhových poměrů, tlakových odchylek, prevencí a léčbou infekcí, normalizací tělesné teploty (Matějovská Kubešová et al., 2009), monitorováním a kontrolovaným podáváním analgetik, ale také zabezpečením vhodného prostředí a vhodného přístupu k nemocnému, sledováním a zachycením počátečních příznaků může velmi přispět k redukci deliria (Praško et al., 2013).

## ***1.2 Jednotka intenzivní péče jako rizikový faktor vzniku deliria***

Výskyt delirií na běžném standardním oddělení nemocnice je 10 - 15 %. Výskyt delirií na jednotkách intenzivní péče, zejména chirurgických oborů je 40 - 60 % (Češka, 2010). V České republice je výskyt delirií na jednotkách intenzivní péče 62 % (Mitášová et al., 2010). Pobyt pacienta na jednotce intenzivní péče lze tudíž považovat za významný rizikový faktor.

Celková anestezie a pooperační stav je typickou příčinou vzniku deliria na jednotkách intenzivní péče chirurgických oborů. Pooperační delirium se vyskytuje častěji po akutních operacích než po plánovaných operacích a patří v současnosti mezi nejčastější komplikace pacientů hospitalizovaných na jednotkách intenzivní péče. Na vzniku deliria se podílí mnoho rizikových předoperačních faktorů, které jsou jednoznačně spojeny s výskytem deliria, ale jsou neovlivnitelné, například věk, pohlaví, demence, deprese. Pobyt pacienta na jednotce intenzivní péče a samotný režim ošetrovatelské péče se na rozvoji deliria spolupodílejí a jde o rizikový faktor částečně ovlivnitelný.



Zásadní význam vzniku deliria na jednotkách intenzivní péče má nepochybně samotný průběh operačního výkonu, kdy dochází k velkým krevním ztrátám, k oběhové nestabilitě, k protražovaným a komplikovaným výkonům a perioperačního podchlazení pacienta, ale také samotný pobyt na jednotce intenzivní péče (Bruthans, 2009).

Delirium, které vzniká po několika dnech pobytu na jednotce intenzivní péče s větším podílem prostředí na vyprovokování poruchy, se také někdy přezdívá synonymem „ICU syndrom“ nebo „JIP psychóza“.

Pacienti na jednotce intenzivní péče mívají často smyslové deprivace. Jsou odloučeni od rodiny, v neznámém prostředí a upoutáni na lůžko. Místnosti, kde jsou hospitalizováni, jsou často bez oken pouze s umělým osvětlením. Pacienti mají narušený spánkový rytmus, kdy jsou rušeny personálem, který k nim přichází v nočních hodinách zkontrolovat např. životní funkce, podat léky apod. Tímto se naruší i celý pacientův biorytmus, jelikož se svítí i v noci a pacient ztrácí pojem o čase (Welker, 2015). Pacienti jsou omezeni v pohybu kabely monitorovacího zařízení, rušení pravidelným měřením krevního tlaku a četnými rušivými zvuky alarmů, což způsobuje smyslové přetížení (Bruthans, 2009).

Pokud dojde k deliriu na jednotce intenzivní péče, které vznikne převážně s podílem prostředí jednotky intenzivní péče, obvykle komplexně zmizí při propuštění pacienta z jednotky intenzivní péče (Welker, 2015).

### ***1.3 Specifika ošetrovatelské péče u pacientů v deliriu***

Ošetrovatelská péče u pacientů v deliriu je velmi náročná. Vyžaduje trpělivý, profesionální přístup a dobré komunikační dovednosti. Alfou a omegou dobré ošetrovatelské péče pacienta v deliriu by měla být úcta, respekt a zachování důstojnosti pacienta (Pokorná et al., 2013).

### 1.3.1 Ošetrovatelská diagnostika deliria

Pro dobrou ošetrovatelskou péči o pacienta v deliriu je předpokladem správné a včasné rozpoznání tohoto stavu. Zachycení signálu začínajícího deliria závisí na tom, nakolik personál počítá s výskytem tohoto stavu, zná příznaky deliria a zda jejich výskyt pravidelně sleduje (Pokorná et al., 2013). Například velmi pravděpodobný vznik deliria je u starších osob, které podstoupily chirurgický zákrok a před operací pravidelně užívaly alkohol nebo byly dlouho v celkové narkóze. Včasné rozpoznání symptomů deliria a rizikových faktorů může velmi snížit rozvoj deliria (Ruth et al., 2009). V tomto mohou lékařům pomoci nejvíce sestry, které jsou v častějším kontaktu s pacienty (Praško et al., 2013).

Nejčastějšími symptomy, na něž by se měl ošetrující personál zaměřit, jsou dezorganizované myšlení od brady/tachypsychizmu/ až po úplnou dezorganizaci myšlení, narušené vědomí ve smyslu kvantitativním i kvalitativním, poruchy percepce, kdy pacient nestíhá pochytit věci, které se dějí okolo něj, výskyt halucinací, inverzní typ spánku, zvýšená nebo snížená psychomotorická aktivita, dezorientace časem, místem i osobou, poruchy paměti, vegetativní příznaky jako tachykardie, hypertenze, pocení, zčervenání, inkontinence a neurologické příznaky jako například tremor, dysartrie, myoklonus. Pro ošetrovatelskou diagnostiku je též vhodné použít některý z hodnotících testů, viz kapitola 1.1.3 Diagnostika deliria a přílohy 1 a 2, které jsou také vhodné pro použití všeobecnou sestrou (Pokorná et al., 2013).

### 1.3.2 Ošetrovatelský přístup k pacientovi s rizikem vzniku deliria

Kvalitní a profesionální ošetrovatelský přístup k pacientovi s rizikem vzniku deliria jako takový, přispívá k jeho snížení, ale jsou i oblasti ošetrovatelské péče, které mají ke vzniku deliria užší vztah.

Jedna z oblastí této péče je zajištění *dostatečné hydratace pacienta*. Dehydratace představuje závažný a současně frekventovaný problém, zvláště u starších pacientů.

Orientační sledování úrovně hydratace je jedním z úkolů ošetrovatelského personálu. Je zapotřebí sledovat projevy dehydratace, jako jsou oschlé sliznice dutiny ústní, snížený turgor kůže, pokles krevního tlaku. Pacienty je obvykle třeba aktivně pobízet k pití. Vhodné je podávat menší množství a častěji a střídát různé druhy nápojů. Pokud je to možné, je dobré volit nápoje, které pacientovi chutnají. Vhodné jsou ředěné ovocné šťávy, minerální vody a slabé čaje (Tomáš et al., 2014).

*Nutriční podpora* je také ošetrovatelskou intervencí v této oblasti. Je dobré zvolit vhodný nutriční režim. Zvláště u seniorů, kteří odmítají stravu, volíme zejména mixovanou stravu, různé výživové doplňky například Nutridrink. Sledujeme měřitelné parametry aktuálního výživového stavu a snažíme se zjistit, co nemocnému chutná (Vojířová, 2013). Ke zlepšení příjmu potravy přispívá nejen její přiměřená teplota, dostatečně výrazná chuť a lákavý vzhled, ale také prostředí, ve kterém pacient jí. Překážkou přijímání potravy může být nevhodná zubní protéza, nedostatek slin nebo porucha vyprazdňování a s ní spojený pocit plnosti (Tomáš et al., 2014).

Významnou oblastí péče je *úprava cyklu spánek – bdění*, která by měla vést ke zkvalitnění nočního spánku a prevenci syndromu zapadajícího slunce (Pokorná et al., 2013). Cyklus se dá upravit například pomocí světla, farmakologicky, správnou teplotou v místnosti, eliminací vnějších stimulů a zbytečného hluku v noci (Hála, 2011). Pokorná ještě dodávají, že pro úpravu cyklu spánek – bdění je také nutné zdůraznit aktivizaci nemocného během dne (Pokorná et al., 2013).

*Aktivizace nemocného a společenské kontakty* jsou další oblastí ošetrovatelské péče u pacienta s rizikem vzniku deliria. Dobrý kontakt s okolím může pacientovi přinášet pocit jistoty a bezpečí. Společné aktivity přispívají ke zlepšení komunikace, zlepšují náladu i fyzickou kondici (Tomáš et al., 2013). Mezi možné aktivity lze zařadit včasnou a opakovanou mobilizaci a aktivní rehabilitaci, poslech rádia, televize a čtení (Hála, 2011). Ke zvýšenému riziku vzniku deliria mají zvláště imobilní pacienti. Imobilita přináší významné psychické potíže. Vede ke ztrátě kontaktu s okolím a následné sociální deprivaci. Změna režimu při nemožnosti opustit lůžko může působit jako psychosociální spouštěcí faktor deliria (Kalvach et al., 2008). Imobilním pacientům je třeba kontakt s okolím aktivně zajistit, například posazováním do křesla ve společnosti více pacientů

nebo alespoň umístit lůžko nebo křeslo tak, aby měli výhled z okna. Důležitá je také neverbální komunikace dotyky a modulace hlasu (Tomáš et al., 2014).

Vhodná *úprava prostředí* má také souvislost s prevencí vzniku delirantních stavů. Prostředí, které je pro pacienta srozumitelné, přehledné a bezpečné, přispívá ke snížení jeho psychické zátěže. Oddělení by mělo být dostatečně prostorné, bez zbytečných překážek. Pro usnadnění orientace pacientů je vhodné výrazné označení dveří, umístění informačních tabulí, kontrastní barva madel, zábradlí. Pro časovou orientaci jsou výhodné velké hodiny na dobře viditelném místě a kalendáře s výraznými číslicemi. Samozřejmostí by mělo být dobré osvětlení, které snižuje riziko úrazů, ale je také důležité pro psychický stav. Šero může zvyšovat úzkost a rovněž přispívat k rozvoji poruch vnímání, zejména zrakových iluzí a halucinací (Tomáš et al., 2014). Také nedostatečné stimuly a na druhou stranu nadbytek stimulů souvisí se vznikem deliria (Pokorná et al., 2013). Je nezbytné omezit hluk na pokoji nebo návštěvy cizích osob, neměnit pokud možno místo pobytu pacienta, ošetrovatelský personál a jeho známé předměty a pomůcky (Hála, 2011).

*Korekce smyslových deficitů* také patří k prevenci vzniku deliria. Deficity smyslů, zejména zhoršení zraku a sluchu, postihují především starší pacienty. Tyto deficity významně ztěžují pohyb pacienta a orientaci, negativně ovlivňují soběstačnost pacienta a mohou zvyšovat pocit frustrace a izolovanost od okolí. Změna prostředí nebo jiná větší zátěž s kombinací s kognitivním deficitem zvyšuje riziko vzniku deliria. Ošetrovatelská intervence v podobě zajištění správných brýlí či funkčního naslouchadla může výrazně zvýšit psychický komfort pacienta, zlepšit jeho orientaci a přizpůsobení se novému prostředí (Tomáš et al., 2014).

Nezbytná je také účelná komunikace a podpora pacienta. Opakovaná reorientace přátelskou a časnou komunikací (Hála, 2011), akceptace emocionálního stavu, vyhýbání se moralizování a odsuzování pacienta má také podíl na prevenci deliria (Pokorná et al., 2013).

### *1.3.3 Ošetrovatelské problémy u pacientů v deliriu*

Delirium u hospitalizovaných nemocných představuje značné ošetrovatelské problémy. Vede také k řadě komplikací a tím celkově prodlužuje délku hospitalizace a zvyšuje nároky na ošetrovatelskou péči. Ošetrovatelské problémy se odvíjejí od typu deliria, zda se jedná o hyperaktivní, hypoaktivní či smíšenou formu. Problémy mohou nastat v každé oblasti ošetrovatelské péče. Častými ošetrovatelskými problémy a komplikacemi je například to, že si pacienti vytahují žilní kanyly, močové katetry, strhávají obvazy, plenkové kalhotky. Neklidní a nespolupracující pacienti se mohou agresivně bránit obvyklým manipulacím jako je osobní hygiena, oblékání. Může se objevit verbální agrese v podobě křiku, nadávek, vulgarismů, může dojít i k napadení personálu. Také se mohou vyskytnout poruchy chůze a obvyklým ošetrovatelským problémem je inkontinence moči i stolice (Kalvach et al., 2008).

Ošetrující personál je chováním pacienta ovlivňován. Při ošetrování agitovaných a nespolupracujících pacientů bez satisfakce z odvedené práce může dojít k negativnímu ovlivnění morálky personálu. (Köhler, 2013). Personál je vystaven zvýšené psychické i fyzické zátěži. Pro určité jedince může být chování pacienta v deliriu velkým stresogenním faktorem a dále u něj vyvolávat stresové reakce. Opakované stresové situace vyvolané chováním pacienta v deliriu se mohou podílet na celkovém psychickém vyčerpání jedince a může dojít k tzv. syndromu vyhoření. Syndrom vyhoření se poté může projevat významným útlumem empatie a ztrátou pozitivních vztahů k pacientům. Pacienti jsou poté vnímáni ne jako bytosti, ale jako objekty tvořící součást vnějšího prostředí (Aspektio, 2011). Ze strany ošetrujícího personálu dochází k nezájmu o pacienta, k ponižování pacienta, ke špatné ošetrovatelské péči a k celkovému snižování lidské důstojnosti. Nerespektování lidské důstojnosti a to nejen z hlediska ošetrovatelské péče samotné, ale také z hlediska vzájemných lidských vztahů lze považovat za velký ošetrovatelský problém (Čok, 2014).

#### *1.3.4 Péče o neklidného pacienta v deliriu*

Zvýšené psychomotorické tempo a neklid, případně až agresivní chování patří k nejnápadnějším symptomům deliria. Neklidné chování je velmi rušivé a znepokojující pro ostatní pacienty i pro personál. Pro samotného pacienta představuje zvýšené riziko pádu, úrazu či jiné narušení poskytované péče (Kalvach et al., 2008).

Neklid pacienta je spojen s vysokou mírou úzkosti a tenzí. Pacient je neorientovaný, nedokáže pochopit běžné situace, má halucinace a cítí se být ohrožen. Neklid pacienta může být také zesílen nevhodným přístupem ošetřujícího personálu. Ošetřující personál by si měl uvědomit, že neklid je projevem aktuálního klinického stavu a nejde o úmyslné chování nemocného (Dohnalová, 2010). Je proto zcela zásadní zachovat vůči pacientovi vlídný a trpělivý přístup. Laskavý přístup může snížit úzkost a agitovanost. Ideální je ponechat pacientovi volnost v pohybu. Mechanické omezení mu může zvyšovat úzkost a tedy i neklid. Ke zklidnění může přispívat přítomnost ošetřujícího personálu, který pacienta usměrňuje v jeho aktivitě a zajišťuje jeho bezpečí (Pokorná et al., 2013). Personál by měl také sledovat vývoj neklidu, informovat lékaře o vzniku a obrazu neklidu, odstranit z okolí pacienta všechny potenciálně nebezpečné předměty, zajistit cévky, katétr, drény proti manipulaci pacientem a provést opatření, která zabrání vzniku úrazu a sebepoškození (Dohnalová, 2010). Podle možností je také přínosné zapojit rodinné příslušníky pacienta (Pokorná et al., 2013).

U některých pacientů je neklid spojený i s fyzickým agresivním chováním a pacient ohrožuje sebe nebo okolí. Ošetřující personál by měl zvolit vhodný přístup k nemocnému, nesmí s ním nikdy zůstat o samotě a má mít nablízku ostatní členy zdravotnického týmu. Není vhodné posuzovat pacienta a jít s ním do konfrontace. Je dobré zachovat klid, působit profesionálně a sebejistě. Mluvit klidným vyrovnaným hlasem a používat krátké srozumitelné věty. Nabídnout mu jistotu a podporu. Pokud je to možné, vyhováme jeho požadavkům (Marková et al., 2006).

Někdy je nezbytné u neklidného pacienta použít omezovací prostředky. Omezovací prostředky představují jen krajní možnost řešení a mělo by k nim dojít až po vyčerpání všech jiných možností (Tomáš et al., 2014). Omezovací prostředky je třeba užít takové,

které povedou k naplnění smyslu jeho užití s co nejmenšími riziky pro pacienta. Při omezení pacienta musí být dbáno důstojnosti člověka a respektováno jeho soukromí (Hála, 2011).

#### *1.3.4.1 Fyzické omezení pacienta*

Fyzické omezení pacienta vážně zasahuje do jeho osobní svobody a je nutné dodržovat některé zásady, které slouží k minimalizaci rizika vzniku různých somatických, psychických i právních komplikací. Indikací k fyzickému omezení pacienta je vždy jeho chování, které ohrožuje jeho samotného nebo okolí (Marková et al., 2006). Jedná se o krajní řešení, které působí jak velkou psychickou zátěž pacientovi, který je omezen, tak personálu a všem přihlížejícím. Fyzické omezení nelze používat k usnadnění ošetrovatelské péče (Venglářová, 2007).

Mezi fyzická omezení pacienta se řadí mechanické omezení tj. přikurtování, fixace pohybu pacienta různými pomůckami a manuální omezení tj. bránění pacientovi v pohybu ošetrovatelským personálem (Beer et al., 2005).

Omezení je prováděno vždy za přítomnosti odpovídajícího počtu personálu. Pacientovi je nejprve nabídnuta možnost nechat se dobrovolně omezit bez použití fyzického nátlaku. Je-li nutný fyzický nátlak, musí být zákrok organizovaný a rozhodný (Marková et al., 2006). Není-li v silách zdravotnického personálu pacienta omezit, může lékař nebo sestra na pokyn lékaře zavolat o pomoc Policii ČR (Standard 037). V průběhu omezování nesmí být používány bolestivé hmaty ani jiné nehumánní postupy. Vlastní omezení je provedeno tak, aby byl jeho průběh pro pacienta co nejméně stresující a zatěžující, například řádně vypodložené popruhy, vhodně napolohované lůžko, vytvoření tepelného a světelného komfortu, zajištění klidného a nerušeného prostředí (Marková et al., 2006).

Po celou dobu omezení v lůžku musí být pacientovi věnována zvýšená ošetrovatelská péče a pacient musí být trvale sledován za konkrétně určeného zvýšeného dohledu. Omezení nesmí ohrozit zdraví a život pacienta (Ptáček et al., 2011). Sestra dále sleduje

další projevy nemoci, stav vědomí, stav prokrvení fixovaných končetin. Také se zaměřuje na správnou hydrataci, vyprazdňování, hygienu, prevenci dekubitů, péči o dýchací cesty s ohledem na zahlenění, na prevenci negativních důsledků z omezení končetin například pravidelným uvolňováním a promasírováním fixované končetiny a na minimalizaci psychické zátěže zajištěním dostupnosti ošetrovatelského personálu a pocitem bezpečí.

S použitím fyzického omezení pacienta jsou také spojeny komplikace. Může dojít k poranění pacienta nebo personálu v průběhu omezování, k poranění pacienta způsobené příliš utaženými, nedostatečně vypodloženými popruhy nebo nedostatečnou kontrolou personálem. Dále může dojít k prochladnutí pacienta, ke komplikacím z nedostatečné ošetrovatelské péče jako je například dehydratace, dekubity, tenze a k psychické traumatizaci vyplývající z omezení.

Po celou dobu omezení musí personál vynakládat úsilí k zachování kvalitního léčebného vztahu s pacientem (Marková et al., 2006). Pacient v omezení stále zůstává partnerem v léčebném procesu, nestává se pouze pasivním objektem péče a nesmí být vystaven ponižujícímu způsobu chování a šikaně (Ptáček et al., 2011). Po ukončení omezení je vhodné i nadále pacienta zvýšeně sledovat a ošetřující lékař by měl znovu pacientovi vysvětlit důvody, které vedly k jeho omezení (Standard 037).

#### *1.3.4.2 Legislativa k omezení pacienta*

Pravidla pro používání omezovacích prostředků jsou stanovena zákonem č. 372/20011 Sb., o zdravotních službách, který říká, „že omezovací prostředky lze použít jen tehdy, je-li účelem jejich použití odvrácení bezprostředního ohrožení života, zdraví nebo bezpečnosti pacienta nebo jiných osob a pouze po dobu, po kterou trvají důvody jejich použití.“ (Zákon 372/2011 Sb.).

Při použití omezovacích prostředků jde o velmi vážný zásah do osobní svobody jedince a je nutné vždy řádně dokumentovat indikaci a průběh omezení. Záznam by měl dle vyhlášky o zdravotnické dokumentaci č. 98/2012 Sb. obsahovat záznam o indikaci omezení včetně specifikace druhu, důvodu a účelu omezení a stanovení intervalů kontrol



a jejich rozsahu, čas zahájení a ukončení použití omezovacího prostředku, záznamy o průběžném hodnocení trvání důvodů použití omezovacího prostředku, záznamy o průběžném hodnocení zdravotního stavu pacienta v průběhu omezení, v případě vzniku komplikací jejich popis, jméno zdravotnického pracovníka, který použití omezovacího prostředku indikoval. Při zavedení záznamu musí být také proveden zápis do zdravotnické dokumentace (Vyhláška 98/2012 Sb.).

Rozhodnutí o použití omezovacího prostředku je v kompetenci lékaře a jen ve výjimečných případech vyžadujících neodkladné řešení, není-li lékař přítomen, může o použití omezovacího prostředku rozhodnout jiný zdravotnický pracovník, který bez zbytečného odkladu informuje lékaře. Dále omezení u neklidného pacienta probíhá pod supervizí vedoucího lékaře nebo primáře oddělení, který musí stvrdit svým podpisem indikaci omezovacího prostředku (Standard 037).

Dle zákona č. 372/2011 má poskytovatel zdravotnického zařízení také ohlašovací povinnost. V případě, že pacient má podepsaný souhlas s hospitalizací a dojde k omezení, je poskytovatel povinen hlásit tuto skutečnost soudu do 24 hodin od použití omezovacího prostředku. Hlášení soudu musí být vždy zaznamenáno ve zdravotnické dokumentaci (Standard 037).

### *1.3.5 Komunikace s pacienty v deliriu*

Komunikace zdravotníků s nemocnými je velmi obtížná, odborná a náročná činnost, která vyžaduje od zdravotníků vůli, kvalifikaci, empatii, čas a vnitřní přesvědčení, že tato činnost je užitečná a smysluplná (Linhartová, 2007). Jednání s pacienty v deliriu a zvláště s agresivními klade nejvyšší nároky na naše profesionální schopnosti a patří mezi nejnáročnější požadavky, které před nás naše povolání staví (Ptáček et al., 2011).

Pro lepší komunikaci s pacientem v deliriu je nutné pochopit jeho chování a znát určité skutečnosti. Jednou ze skutečností je, že pacient za svůj stav nemůže, kladení mu viny za zhoršení jeho zdravotního stavu je zcela bez efektu. Další skutečnost je, že pacient v deliriu má poruchu krátkodobé paměti, nezapamatuje si pokynů ošetřovatelského

personálu a je tedy zbytečné mu to vyčítat. Pacient v deliriu také trpí vnitřním napětím, nervozitou, halucinacemi a jakýkoli výrok proti osobě pacienta zvyšuje dramaticky jeho nejistotu a strach. Přijetím těchto skutečností se tak můžeme vyvarovat vět, které nepatří do vzájemné komunikace, protože jsou buď zbytečné, nebo mohou pacientův psychický stav i zhoršit (Hála, 2011).

#### *1.3.5.1 Verbální komunikace s pacienty v deliriu*

Principem verbální komunikace zdravotníka s pacientem v deliriu je klidný a jasný tón hlasu. Pacienti v deliriu vnímají spíše tón hlasu, než obsah našich slov. Tón hlasu musí odpovídat energii komunikace, náladě a výrazu tváře (Beer et al., 2005). Na pacienta mluvíme zřetelně, srozumitelně a věcně. Používáme jednoduché příkazy v jasně formulovaných větách (Hála, 2011). Důležité je, aby pacient měl jasné informace. Informace, které považujeme za důležité, raději několikrát opakujeme (Marková et al., 2006). Při rozhovoru se soustředíme pouze na věcné téma, nereagujeme na slovní útoky a zůstáváme nad věcí. Je dobré vystupovat jako osoba, která je schopná a ochotná řešit jeho problémy (Hála, 2011). Pacienta oslovujeme příjmením, to dodává komunikaci osobnější ráz a je to často vnímáno jako projev respektu. Místo rázného „Tak co se tu děje?“ spíše „Pane Dvořáku, rád bych se dozvěděl o vašem problému více. Můžete mi prosím říci, co se stalo?“ (Ptáček et al., 2011). Pacienta se musíme dotazovat, co si přeje, co ho trápí, nepoučovat ho, projevit empatii s pacientovou situací např. „Chápu, že Vás to rozzlobilo...“ (Venglářová, 2007). K pacientovi se chováme občansky zdvořile, nevystupujeme jako všemocní činitelé, kterým je všechno jasné, ale nabízíme mu spíše jistotu a podporu (Marková et al., 2006).

Pokud dojde k agresivnímu chování ze strany pacienta, nenechte se vyprovokovat k agresivnímu jednání. V takovém případě se jedná o tzv. spirálové posilování agresivity, tj. agresivita vyvolává vyšší agresivitu. Zachovejte klid a rozmyslete si, co budete říkat (Andršová, 2012). Nepouštějte se do zbytečných konfrontací, neposuzujte pacienta, nehádejte se s ním. Nikdy pacientovi v zájmu zklidnění nelžete. Eliminujte nadbytečné

podněty. Zajistěte, aby s pacientem komunikoval pouze jeden člen týmu. Je častou chybou, že na pacienta hovoří více lidí najednou, ten se ale v takové situaci nedokáže orientovat a nedochází k očekávanému zklidnění (Tomáš et al., 2014). Přesvědčte pacienta o vlivu jeho chování na ostatní, např. „Svým křikem tady všechny děsíte“.

I přes veškerou snahu a správný přístup k pacientovi se nemusí úplného zklidnění pacienta dosáhnout. Pokud dojde jen k mírnému snížení napětí, zanecháme dalšího působení na pacienta, aby nedošlo k novému vyvolání vlny napětí (Beer et al., 2005). Ke zvládnutí konfliktu může pomoci i přístup jiného kolegy. Reakce pacienta se může změnit (Tomáš et al., 2014). Také je nutné ale pamatovat na to, že slovní komunikace není všemocná (Beer et al., 2005).

#### *1.3.5.2 Neverbální komunikace s pacienty v deliriu*

U neverbální komunikace jde o komunikaci beze slov a je nazývána řečí těla. Znamená to, že jsou používány různé signály, ale nikoliv slova. Neverbální komunikace doplňuje nebo upřesňuje komunikaci sdělovanou slovy a je jejím významným prvkem. Velmi snadno z ní můžeme odhadnout vzájemné vztahy i emoce mezi komunikujícími (Pokorná, 2008). Neverbální komunikace musí být vždy v souladu s verbální komunikací (Hála, 2011). K pacientovi přistupujeme ze směru, který není pro něj ohrožující nebo překvapivý, tj. čelem (Marková et al., 2006). Postoj těla nesmí být konfrontační. Musíme si být plně vědomi svého postoje a gest, nezaujímáme autoritativní a defenzivní postoj např. ruce v bok, ruce zkřížené na prsou, zaťaté pěsti (Beer et al., 2005). Při styku s pacientem se též vyvarujeme náhlých a nečekaných pohybů, které mohou být vnímány jako ohrožující (Tomáš et al., 2014). Oční kontakt musí být přiměřený, pohled z očí do očí je emočně velmi silný, a proto nesmí trvat příliš dlouho (Ptáček et al., 2011). S pacientem promlouváme ve stejné výšce očí. Respektujeme jeho osobní prostor. Pokud dojde k vyhocení situace a chování pacienta se stává nebezpečným a ohrožujícím pro nás, zvětšíme vzdálenost od pacienta až třikrát (Beer et al., 2005), vyhlídáme si únikovou cestu a raději voláme o pomoc další zdravotnický personál (Linhartová, 2007).

#### ***1.4 Možnosti vzdělávání sester v oblasti péče o pacienta v deliriu***

Vstupem České republiky do Evropské unie se stalo celoživotní vzdělávání povinné pro všechny zdravotnické pracovníky. Termínem celoživotní vzdělávání se rozumí kontinuální obnovování, prohlubování, zvyšování a doplňování vědomostí potřebných k výkonu odborných povolání. Systém a podmínky vzdělávání definuje zákon č. 96/2004 Sb. U všeobecných sester je forma vzdělávání založena na kreditním systému. Získávání kreditních bodů upravuje vyhláška č. 423/2004 Sb. (Vévoda, 2013).

Tato vyhláška také vymezuje formy celoživotního vzdělávání, jako je například specializační vzdělávání, certifikované kurzy, inovační kurzy, odborné stáže, školící akce, odborné konference (Vyhláška 423/2004 Sb.). S rozvojem informačních technologií mají sestry možnost využívat nástroj vzdělávání e-learning. Toto vzdělávání je didakticky efektivní a šetří čas a finanční prostředky sestrám.

Souhrnná databáze obsahující seznam všech konaných vzdělávacích akcí není zatím k dispozici. Na internetových stránkách ministerstva zdravotnictví je zveřejněný seznam profesních sdružení. Jednotlivá sdružení na svých stránkách informují, o podmínkách a zařazení vzdělávací aktivity do celoživotního vzdělávání. Všeobecná sestra nalezne informace ohledně konání aktivit na stránkách České asociace sester. Přehledně lze informace ohledně konání vzdělávací akce získat také na stránkách Národního centra ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. Zde nalezne také vzdělávání e - learning. Další informace ohledně konaných vzdělávacích akcí lze získat také na internetových stránkách nemocnic nebo na studijních odděleních škol zdravotnických oborů (Hofštertová Knottková, 2011).

V průběhu psaní teoretické části této bakalářské práce se konaly vzdělávací akce uvedené na internetových stránkách Národního centra ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, které je možné zahrnout do oblasti této problematiky. Konaly se akce, například certifikovaný kurz na téma Praktické zvládnání agresivního pacienta, Komunikace s pacientem se závažným duševním onemocněním a jeho rodinou nebo specializační vzdělávání v oboru Ošetrovatelská péče v psychiatrii.

## **2 CÍLE PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY**

### **2.1 Cíle práce**

1. Zjistit specifika ošetrovatelské péče o pacienty v deliriu na jednotkách intenzivní péče chirurgického oddělení vybraných nemocnic.
2. Zjistit, jak sestry zvládají komunikaci s pacientem v deliriu.
3. Zmapovat znalosti sester v oblasti ošetrovatelské péče o pacienta v deliriu.

### **2.2 Výzkumné otázky**

1. Jaká jsou specifika ošetrovatelské péče o pacienty v deliriu?
2. Jaké komunikační techniky používají sestry při komunikaci s pacientem v deliriu?
3. Jaké mají sestry možnosti vzdělávat se v oblasti péče o pacienty v deliriu?
4. Jaké znalosti chybí sestřám ohledně této problematiky?

## 3 METODIKA PRÁCE

### 3.1 *Použité metody*

Pro zpracování bakalářské práce bylo použito kvalitativní výzkumné šetření. Sběr dat byl prováděn formou rozhovorů a formou pozorování. Byla zvolena technika polostrukturovaného rozhovoru a zúčastněného pozorování. Výzkumné šetření bylo realizováno na jednotkách intenzivní péče chirurgických oborů se svolením náměstkyní pro ošetrovatelskou péči, vrchních sester a respondentů. Šetření je anonymní. Z tohoto důvodu není „Žádost o povolení výzkumného šetření“ součástí bakalářské práce, ale je k nahlédnutí u autorky práce. Výzkum probíhal v časové etapě od 10. 3. do 25. 3. 2016.

#### 3.1.1 *Rozhovor*

Ke sběru dat byl použit polostrukturovaný rozhovor. Respondentům bylo položeno 20 otázek (PŘÍLOHA 3), které byly doplňovány v průběhu rozhovoru o další podotázky. Všechny rozhovory byly zaznamenávány na nahrávací zařízení a poté přepsány. Přepsané rozhovory jsou uloženy na CD a tvoří součást bakalářské práce (PŘÍLOHA 4). Odpovědi respondentů byly dále analyzovány metodou tužka - papír (Švaříček et al., 2007) a významově uspořádány do kategorizačních skupin (PŘÍLOHA 5).

#### 3.1.2 *Pozorování*

Jako doplňující metodou při výzkumu bylo použito zúčastněného pozorování. Vypořezovaná fakta byla průběžně zaznamenávána do připraveného záznamového archu (PŘÍLOHA 6). Pozorování bylo uskutečněno u respondentů, se kterými probíhal rozhovor.

### **3.2 Charakteristika výzkumného vzorku**

Výzkumný soubor tvoří 9 respondentů pracujících v nemocnici na jednotkách intenzivní péče chirurgických oborů.

Respondent 1 pracuje sedm let na chirurgii JIP a vystudoval střední zdravotnickou školu.

Respondent 2 pracuje jedenáct let na chirurgii JIP, vystudoval střední zdravotnickou školu a vyšší zdravotnickou školu obor Zdravotnický záchranář.

Respondent 3 pracuje šest let na chirurgii JIP, vystudoval střední zdravotnickou školu a specializační vzdělání v programu ARIP.

Respondent 4 pracuje dvanáct let na chirurgii JIP a vystudoval střední zdravotnickou školu.

Respondent 5 pracuje tři roky na neurochirurgii JIP a vystudoval bakalářský obor Všeobecná sestra.

Respondent 6 pracuje dvacet pět let na úrazové chirurgii JIP, vystudoval střední zdravotnickou školu, magisterské studium a specializační vzdělání v programu ARIP.

Respondent 7 pracuje sedmnáct let na chirurgii JIP, vystudoval střední zdravotnickou školu a specializační vzdělání v oboru Ošetrovatelská péče v chirurgii.

Respondent 8 pracuje pět let na neurochirurgii JIP, vystudoval střední zdravotnickou školu a právě studuje specializační vzdělávání v oboru Ošetrovatelská péče v anesteziologii, resuscitaci a intenzivní péči.

Respondent 9 pracuje pět let na úrazové chirurgii JIP a vystudoval vyšší zdravotnickou školu.

## 4 VÝSLEDKY

### 4.1 Kategorizace výsledků z rozhovorů

1. Přístup k pacientovi v deliriu
2. Nevhodné chování k pacientům v deliriu
3. Působení pacienta v deliriu na psychickou náladu a následné ovlivnění ošetrovatelské péče
4. Rozdíly v ošetrovatelské péči u běžného pacienta a pacienta v deliriu
5. Omezovací prostředky u pacientů v deliriu
6. Problém v péči o pacienta v deliriu
7. Komunikace se zmateným a neklidným pacientem v deliriu
8. Reakce na vulgární či agresivní chování pacienta v deliriu
9. Varovné příznaky hrozícího deliria
10. Příčiny vzniku deliria
11. Vliv ošetrovatelské péče na orientaci pacienta
12. Komplikace u kurtovaného pacienta
13. Vzdělávání sester

#### 1. Přístup k pacientovi v deliriu

Na otázku, jaký máte přístup k pacientovi v deliriu, respondenti 1, 2, 3, 4 a 8 odpovídají, že s pacientem v deliriu jednají jako s normálním pacientem a doplňují svoje odpovědi. Respondenti 2 a 4 se ještě shodují na klidném přístupu k pacientovi. Respondent 1 jako jediný odpovídá: „*Snažím se k nim chovat slušně, hezky.*“ Respondent 2 uvádí, že pokud si pacient vede svou, tak u něj udělá, co musí a nějak si ho více nevšímá. Respondent 3 má k pacientovi v deliriu profesionální přístup a nezařadí si ho do žádné škatulky. Respondent 4 k nim nemá žádný negativní vztah a bere je tak, že za to nemůžou. Respondent 8 rozlišuje pacienty v deliriu na lehce neklidné



a neorientované a k tomu říká: „ *Někdy je to i sranda, co dokážou vymyslet a opravdu se tomu občas zasmějeme* “ a na pacienty hodně neklidné, kteří se všemu brání a začínají je napadat, tak k těm už má odstup a má z nich spíše strach.

U respondentů 5, 6, 7, a 9 se odpovědi zcela liší. Respondent 5 nebere pacienta v deliriu moc vážně a často k nim má přístup jako k malým dětem a dále uvádí, že je občas lituje, hlavně když musí být přikurtovaní. Respondent 6 má přístup k pacientovi podle toho, o jaké delirium se jedná a uvádí: „ *Pokud má nejspíš alkoholové delirium, tak musíte k němu přistupovat jako ke každému pacientovi, ale řeknete si hrozný, hrozný a nejráději byste mu ublížili, ale jsou taky deliria ty smíšený u těch starých babiček, tak tam to berete úplně jinak, prostě je to věkem a ten člověk za to nemůže a kdo by v tom věku nebyl.* “ Respondent 7 uvádí: „ *Často v nich hledám závisláky nebo už musí být divný předtím, jako že nejsou psychicky v pořádku* “ a přistupuje k nim spíše odměřeně a často se mu stává, že mu na nich moc nezáleží. Respondent 9 říká: „ *Nemám je ráda a vůbec se s nimi nebavím.* “

## **2. Nevhodné chování k pacientům v deliriu**

K pacientovi v deliriu jsem se někdy choval nevhodně, odpovídají všichni respondenti krom respondenta 1. Respondent 1 neví o tom, nevzpomíná si a myslí si, že se k pacientovi v deliriu nechoval nevhodně, snaží se k nim chovat pořád hezky.

Respondent 2 se choval nevhodně spíš dřív, když nastoupil po škole do práce, tak nevěděl, jak má s nimi jednat a uvádí: „ *Jednou jsem dala pacientce dokonce facku, když fyzicky napadla moji kolegyni, nevím, bylo to takové spontánní* “. Teď už ví, že není dobré na ně zvyšovat hlas a být arogantní.

Respondenti 3 a 4 se shodují a uvádějí, že na pacienta dříve zvyšovali hlas. Přičemž respondent 3 dodává: „ *Teď už vím, že je lepší mluvit klidně* “. Respondent 4 zvyšoval hlas jen u velmi agresivních pacientů, ale teď už také ví, že je lepší mu neodporovat a mluvit na něj klidně. Respondent 9 také zvyšuje hlas, ale říká: „ *Chovám se k nim asi*

*pořád tak, jak by to nemělo být, ale já je prostě nemám ráda. Zvyšuju na ně hlas, a tak asi s nimi hruběji manipuluju“.*

Okřiknutí, to je další odpověď, ve které se shodují respondenti 5 a 6. A respondent 6 ještě svoji odpověď rozvádí: „ *Ted' jak je to častější a pořád dokola, tak jsem asi rezignovala, ale dřív, když se nikdo nekoukal, tak jsem se k němu chovala určitě nevhodně. To víte, dneska si musíte dát pozor, co komu říkáte, ale určitě jsem jim několikrát řekla něco jedovatýho nebo je okřikla“.*

Respondent 7 bývá k pacientům asi trochu arogantní, někdy i více a respondent 8 se k pacientům v deliriu chová nevhodně jen v extrémních situacích, když už je pacient napadá a nadává jim. „ *Ne, že bych mu nějak ubližovala, spíš slovně“* dodává.

### **3. Působení pacienta v deliriu na psychickou náladu a následné ovlivnění ošetrovatelské péče**

Na otázku, jak působí pacient v deliriu na vaši náladu, se respondenti 3, 4, 5 a 6 shodují, že jim zkaží náladu. Z toho u respondentů 3 a 5 není následně ošetrovatelská péče ovlivněna. Respondent 4 se dle jeho odpovědi snaží, pokud to jde, aby ošetrovatelská péče ovlivněna nebyla, ale když je na něj sám, tak energie mu ubývá. A u respondenta 6 je jeho ošetrovatelská péče ovlivněna do té míry tak, že se mu k pacientovi nechce chodit.

Dále respondenti 2, 7 a 9 jsou naštvaní. Přičemž respondent 2 odpověď upřesňuje: „ *Záleží na okolnostech, když se starám o někoho bláznivého už několikátou službu, tak jo, to už bývám i naštvaná. Když ho mám po dlouhé době a vím, že budu mít na něj čas, tak jsem v pohodě.“* A respondent 9 také ještě k tomu pořád nadává, nejdříve na něj a potom i na kolegyně.

Také u respondentů 2, 7 a 9 je ošetrovatelská péče ovlivněna jejich náladou. Respondent 2 udělá u něj to, co musí a aktivně nějaké další jeho potřeby nevyhledává, ale dodává, že je to spíše u těch agresivních a nespolupracujících pacientů. Respondent 7 také u nich udělá jen to, co musí, i když nerad, a raději si jich moc nevšímá. Respondent 9 uvádí podobnou odpověď: „ *Nezjišťuji jejich potřeby, tak nějak si jich asi méně všímám“*

a poté dodává: „*Pokud pacient spolupracuje, tak je péče u něj stejná, jako u kteréhokoliv pacienta.*“

U respondenta 1 nálada ovlivněná není, pokud je pacient jenom zmatený, ale když je pacient zlý, sprostý a agresivní, tak mu to na dobré náladě nepřidá. Ošetrovatelská péče z jeho strany ovlivněná není a naopak stav pacienta si vyžaduje větší péči a více se mu věnuje.

Respondent 8 je zklamaný a nešťastný. Ošetrovatelská péče je u něj ovlivněná náladou, pokud pacient například nespupracuje a něco odmítá, tak ho nepřemlouvá a třeba u něj neprovede hygienu.

#### **4. Rozdíly v ošetrovatelské péči u běžného pacienta a pacienta v deliriu**

Na otázku jaký rozdíl vidíte v ošetrovatelské péči u běžného pacienta a pacienta v deliriu jsou nejčastější odpovědi u respondentů 1, 2, 3, 4, 5 a 9 celková nespuppráce a časová náročnost u respondentů 1, 2, 4, 6, 7, a 8. Dalšími uvedenými rozdíly, ve kterých se někteří respondenti shodují, jsou fyzická a psychická náročnost, to uvádějí respondenti 1, 6, 7 a respondent 8 k tomu v tomto smyslu říká: „*Když je mám třeba o noční a celou noc řadí, tak jsem ráno opravdu moc ráda, že můžu předat směnu a jít domů.*“ Respondenti 5, 6 a 8 vidí rozdíl také v omezení pacienta a respondenti 2, 5, 6 a 8 ve zvýšeném dohledu. Dva respondenti se také shodují v odpovědi, že v ošetrovatelské péči o pacienta v deliriu je potřeba více personálu.

Dále se několik odpovědí týká ošetrovatelských úkonů. Respondent 1 říká: „*Všechny úkony u pacienta jsou ztížené.*“ Respondent 4 uvádí: „*Některé úkony jsou někdy i nereálné provést.*“ Respondent 5 musí všechny úkony udělat za pacienta a ještě dodává: „*Nic si neudělá sám, protože on většinou neví, co po něm chcete, natož aby něco udělal.*“ Respondent 7 musí úkony opakovat, například kvůli tomu, že si pacient vytrhává kanyly, strhává obvazy nebo plenky. Respondent 9 říká: „*Všechno je u něj tak nějak těžší.*“

## 5. Omezovací prostředky u pacientů v deliriu

Všichni respondenti mají zkušenosti s omezovacími prostředky a za své praxe museli omezovací prostředky použít.

Omezovací prostředky nejčastěji používáme při agresivním chování, uvádí respondenti 1, 2, 3, 5, 6, 8 a 9. Respondenti 1, 2, 3 ještě dodávají, když si za něco tahají, třeba za hadičky. Omezovací prostředky používají také respondenti 2, 3 a 5 při útěku z lůžka a respondenti 6 a 9 je používají ještě při neklidu pacienta. Respondenti 4 a 7 uvádějí odpověď ve stejném smyslu a to, že omezovací prostředky používají, pokud je pacient nebezpečný sám sobě nebo svému okolí.

Pro omezení pacienta použijí všichni respondenti kurty na ruce. Respondenti 7 a 8 používají rovnou kurty i na nohy a respondenti 1, 6 a 9 používají kurty na nohy, jen pokud je to potřeba. „*Bud' uděláme stan, jako deku přivážeme k posteli,*“ dodává ještě respondent 5 a respondent 6 uvádí jako omezovací prostředek používání psychofarmak.

Na otázku jakými pravidly se řídíte, když pacienta omezujete, odpovídají respondenti 3, 4, 5, 6 a 8 standardem nemocnice. Respondent 8 se k tomu ještě řídí pravidlem a říká: „*Většinou, než je omezím, tak mu dám šanci, asi tak si říkám třikrát a dost.*“ Respondenti 1 a 2 se řídí jen běžnými zvyklostmi na oddělení. Na podotázku jaké to jsou zvyklosti, respondent 1 říká: „*Měříme tlak po hodině, více se o něj pečuje jako např. zvýšená hygiena dutiny ústní, zvýšený příjem tekutin, kontrola prokrvení končetin, jestli je ve správné poloze, jestli nemá pod sebou něco zkrabatělého, aby se neproležel, neotlačil, neodřel.*“ Respondent 2 uvádí: „*Vedeme záznam, kontrolujeme prokrvení končetin, měříme častěji tlak.*“ Respondent 7 se řídí jen ordinacemi lékaře a častěji kontroluje pacienta a respondent 9 se řídí pravidlem, co nejrychleji pacienta zpacifikovat, aby nikomu neublížil nebo neublížil sobě.

## 6. Problém v péči o pacienta v deliriu

Dvě třetiny respondentů, tj. respondenti 2, 3, 4, 5, 6 a 7 na otázku co považujete za největší problém nebo co vás trápí při péči o pacienta v deliriu uvádějí, že pacient v deliriu ruší ostatní pacienty na pokoji. „*Odnášejí to ostatní pacienti na pokoji, někdo je po těžké operaci a potřebuje klid a odpočívát a on tam ruší a já s tím nemohu nic udělat a nikdo s tím nic nedělá,*“ říká respondent 2. Respondenta 7 to také trápí a říká: „*Když tu křičí, kord v noci, pak jsou i ostatní pacienti rozzlobení a zlí a já s tím nemůžu nic udělat. Pak jsem taková bezradná.*“

Další věcí, kterou považují respondenti za problém je málo personálu. Tento problém uvádí respondent 3 a dodává: „*Je to opravdu někdy náročné, když jsem na zmateného pacienta sama*“. Respondent 4 uvádí tento samý problém a říká: „*O noční jsem zde na takového poblázněného pacienta sama, a když je pak agresivní, tak se ho bojím*“ a respondent 6 považuje za problém také málo personálu a dodává, že by potřebovali mít více mužů.

Dva respondenti 1 a 3 se shodují ve stejném problému a vadí jim, že pacient nespolupracuje. Respondent 1 se cítí potom bezradně, když si pacient vede pořád tu svou.

Pacienti si poté nic nepamatují, vůbec se nám neomluví a neví, jak jsme se tu s nimi prali, to trápí respondenta 8 a ještě mu vadí, jenom to čekání, až se pacient nasytí léky a on s tím do té doby nemůže nic dělat. Podobně uvádí ke svým odpovědím i respondent 4, kdy mu také vadí, že nasazené léky nezabírají ihned a musí se nejdříve udělat hladina.

„*Žádný největší problém nemám,*“ říká respondent 9. „*Všichni pacienti v deliriu mi připadají stejní, žádný rozdíl u nich nedělám a celá péče o tyto pacienty je problém,*“ dodává.

Na podotázku, zda by měli nějaké řešení pro tento problém, odpovídají všichni respondenti, co uvádějí jako problém rušení ostatních pacientů, umístit pacienta na samostatný box či pokoj. Respondenti 3 a 4 uvádějí navýšení personálu. Respondenti 4 a 8 si myslí, že by bylo dobré zvát častěji psychiatry na konzilia. Respondent 2 by byl pro pořádnou léčbu, aby byli ztlumený. Respondenti 1 a 9 nenavrhují řešení žádná.

## **7. Komunikace se zmateným a neklidným pacientem v deliriu**

Se zmateným a neklidným pacientem se nějakým způsobem snaží komunikovat respondenti 2, 3, 4, 6, 8 a 9. Respondenti 1, 5 a 7 s pacientem moc nekomunikují.

Respondenti 1, 2, 3, 4, 5, 6 a 8 se shodují v důležitosti s pacientem komunikovat v klidu. Dále respondenti 4, 5 a 7 uvádějí, že není dobré pacientovi vyvracet halucinace, respondenti 4 a 7 pacientovi neodporují a respondenti 1 a 5 ho nepodporují v jeho zmatenosti.

Další odpovědi respondentů se liší. Respondent 1 ještě uvádí, že s pacientem nevede žádné zbytečné řeči a myslí si, že je dobré s pacientem komunikovat, ale jenom o důležitých věcech a přistupuje k pacientovi tak, aby neměl pocit, že mu chce ublížit. Respondent 2 má zkušenosti nebýt na pacienty hrubý. Respondent 3 se snaží všechno mu vysvětlit a uvádět ho do reality. Respondent 4 jim občas zalže a říká: „*Občas je dobré přistoupit na jejich hru.*“ Respondent 5 s pacientem v deliriu moc nekomunikuje, ale myslí si, že je komunikace důležitá, ale musí být vhodná, aby vedla spíše k uklidnění. Respondent 6 se nenechá od něj rozčítit a snaží se jim věci opakovat dokola. Respondent 7 se občas neudrží a řekne mu něco nevhodného. Respondent 8 se s nimi baví jako s malými dětmi a ještě říká: „*V některých případech je to zbytečné něco jim říkat, oni vás stejně nepobírají.*“ A respondent 9 říká: „*Zkouším se mu to určitě vždycky všechno vysvětlit, ale když si jede stále svoji, tak je to ztráta času a bylo by to stále dokolečka.*“

## **8. Reakce na vulgární či agresivní chování pacienta v deliriu**

Nereagují vůbec na jejich chování, v tomto smyslu odpovídají respondenti 1, 6, 7, 8 a 9. Respondent 1 k tomu ještě uvádí, když bych reagoval, tak bych ho v tom jen podporoval. Respondent 6 říká podobně, když se snažíte reagovat, tak jsou naopak ještě horší a víc je to rozčítí. Respondent 7 se také snaží nereagovat, ale říká: „*Když je toho moc, tak mu někdy něco ošklivého klidně řeknu, oni si to stejně nepamatují.*“

Respondent 8 také nereaguje, aby ho nevyprovokoval ještě víc, a respondent 9 mu na nic neodpovídá, nebaví se s ním.

Další dva respondenti se shodují v podobné odpovědi. Reagují klidně. Pořád na ně mluvím klidným hlasem, i když na mě řvou a nadávají mi, tak odpovídám pořád klidně, hlavně člověk nesmí být arogantní, to je rozčílí ještě víc, uvádí respondent 2. Respondent 4 také k němu přistupuje v klidu, nereaguje na agresi, aby ho ještě více nevyprovokoval.

Respondent 3 ho v žádném případě nedráždí a nepopuzuje, minimalizuje s ním zbytečný střet. Respondent 5 říká: „*Nechám ho, ať si nadává. Mě to neuráží, oni si to většinou stejně nepamatují a vím, že většinou takoví ve skutečnosti nejsou.*“

## **9. Varovné příznaky hrozícího deliria**

Nejčastěji uváděnými příznaky hrozícího deliria je neklid a nesmyslná mluva. Neklid uvádí respondenti 1, 4, 7 a 9 a nesmyslnou mluvu uvádí respondenti 1, 4, 6 a 7. Dalším příznakem, kde se shodují respondenti 2, 6 a 7 je dezorientace. Třes rukou uvádí respondenti 2 a 3. Na nadávkách a zvedání se z lůžka se shodují respondenti 5 a 9. Posledním příznakem, na kterém se shodují alespoň dva respondenti 6 a 8, je změna očí.

Další příznaky už se neopakují. Respondent 2 ještě uvádí příznaky udivený, ulekaný a prudké pohyby. Respondent 3 říká, že to pozná na hlase, mívají prý také občas červený nos a dále si vyhledává informace o podobném stavu v anamnéze. Respondent 4 dodává halucinace. Respondent 5 uvádí ještě křik, vyhrožování, chytání za ruce a bránění se výkonům. Respondent 7 si všímá, že začínají všechno seskládat a nerozeznají den a noc. Respondent 8 také ještě uvádí příznaky, zbrkllost, pozorování kapek na infúzi, paranoiu a šátrání ve stolečku.

Na podotázku, zda tyto příznaky hlásíte lékaři, všichni respondenti odpovídají ano, krom respondenta 5, který je nehlásí a uvádí, že jsou schopni si to zvládnout sami.

Zda to poté berou lékaři na vědomí, odpovídají respondenti 3, 4, 6 a 9 ano berou, respondenti 1, 2 a 7 uvádějí, jak který lékař a respondent 8, odpovídá málokdy.

## 10. Příčiny vzniku deliria

Respondenti 1, 2, 4, 6, 7 a 8 uvádějí příčinu vzniku deliria závislost na alkoholu a respondenti 1, 2, 3, 4 a 7 zmiňují depresivní poruchy.

Poté respondenti 1, 5, 6 a 7 uvádějí starší věk a návyk na lécích respondenti 1, 2, 4 a 7. Respondenti 5, 6 a 8 změnu prostředí. Respondenti 2 a 5 uvádějí věk. Respondenti 2 a 8 málo spánku a stres. Hypoxii uvádějí respondenti 4 a 7 a narkózu respondenti 4 a 5.

Další příčiny už se u respondentů neshodují. Respondent 2 uvádí ještě přetížení organismu. Respondent 3 stavy úzkosti a podráždění z okolí. Respondent 4 Parkinsonovu nemoc a úrazy hlavy. Respondent 5 celkově špatný stav. Respondent 6 uvádí polékové stavy a pozoruje to u pacientů, kteří jsou k nim přeloženi z anesteziologicko - resuscitačního oddělení. Respondent 7 také ještě uvádí krvácení do mozku, špatnou snášenlivost analgetik, metabolický rozvrat a psychické poruchy. Respondent 8 uvádí opiáty a respondent 9 neví příčinu vzniku deliria.

## 11. Vliv ošetrovatelské péče na orientaci pacienta

Na otázky, co si myslíte, že pomáhá k rychlejší reorientaci a co naopak orientaci zhoršuje z hlediska ošetrovatelské péče, jsou časté odpovědi z oblasti komunikace. Kdy respondent 1 vidí zhoršování orientace pacienta ve špatné komunikaci ve smyslu neustálého okřikování pacienta, aby už byl zticha a nekřičel a v tvrzení mu opaku v jeho přesvědčení. Respondent 2 uvádí, že je důležitá správná komunikace a komunikace s rodinou a naopak orientaci zhoršuje špatná komunikace a arogantní chování. Respondent 4 si myslí, že je dobré mít k pacientovi úplně normální přístup. Co pomáhá k rychlejší reorientaci? „ *Určitě je to komunikace*“, uvádí také respondent 7 a upřesňuje, aby s pacientem komunikovala také rodina a mluvila s ním o známých věcech a zase naopak nevhodná komunikace, když se jim odporuje a něco se jim vnucuje a oni jsou přesvědčeni, že to tak není, orientaci pacienta zhoršuje. Jednání s pacientem v klidu,



nedráždit ho nějak, přispívá k rychlejší reorientaci a naopak nevhodná komunikace a nevhodný přístup orientaci pacienta zhoršuje, tvrdí i poslední respondent 9.

Dále respondenti 2, 5, 6, a 7 si myslí, že k rychlejší reorientaci pomůže kontakt s rodinou či známými. V zajištění klidného spánku nebo tmy v noci se shodují respondenti 1, 2, 5 a 9. Oproti tomu respondent 4 by nechal v noci rozsvícené malé světýlko. Zajištění celkového klidu na oddělení uvádí respondent 2 a 4. Respondent 3 uvádí podobnou odpověď a to nechat pacienta hlavně v klidu, nedráždit ho, upravit mu prostředí a zajisti klid. „ *To ale moc často nelze, na čtyřlůžkovém pokoji to těžko zajistíte,*“ dodává. Respondenti 6 a 8 si myslí, že má na orientaci vliv chování personálu, respondent 6 uvádí agresivní a respondent 8 uvádí arogantní chování.

Další odpovědi respondentů se již liší od uvedených intervencí a respondenti se již dále neshodují. Respondent 1 má ke svým odpovědím ještě uvedené, že dobrá ošetrovatelská péče přispívá k rychlejší reorientaci. Zvyšování stresu a upoutání pacienta na lůžko vede ke zhoršení orientace a pouštění jeho oblíbené hudby k reorientaci přispívá, dodává respondent 2. Respondent 3 své odpovědi také doplňuje. Podávání léků na zklidnění dle lékaře, odstraňování věcí, které pacientovi vadí, které ho dráždí a snažit se mu vyhovět jsou také intervence, které mohou ovlivnit orientaci pacienta. „ *Když se s ním zachází jako s bláznem, když se například přikurtuje a nechá se být, to může orientaci pacienta zhoršovat*“ říká zase respondent 4. Respondent 5 dodává aktivizaci přes den pro rychlejší reorientaci a respondent 8 by se přimluvil u lékaře, aby byl pacient přeložený na standardní oddělení a hlásil by první příznaky deliria lékaři, aby byla co nejrychleji nasazena léčba. A potom říká: „ *Jinak si myslím, že to moc ovlivnit nejde.*“

## **12. Komplikace u kurtovaného pacienta**

Nejčastěji opakující se komplikací jsou odřeniny, tuto komplikaci uvedli respondenti 2, 4, 5, 7 a 9. Druhou nejčastěji opakující se komplikací je zvýšení agrese pacienta, uvádějí respondenti 1, 3, 7 a 8. Respondenti 1, 3, a 6 se shodují v otlacích a respondenti

2, 6 a 7 v dekubitech. Pacient může aspirovat, uvádí respondent 2 a 7 a také může dojít k oběhové nestabilitě, říkají respondenti 6 a 7.

S dalšími odpověďmi se už respondenti neshodují. Respondent 1 uvádí ještě dehydrataci a špatnou hygienu dutiny ústní. Respondent 2 zápal plic a psychickou újmu. Respondent 4 uvádí: „*Ve snaze dostat se z kurtů, se může poranit.*“. Respondent 5 zmiňuje, neprokrvení končetin a respondent 6 dodává ještě opruzeniny. Respondent 8 zažil i srdeční zástavu a ještě dodává, že pacient může poškodit pomůcky nebo i personál.

### 13. Vzdělávání sester

O možnostech vzdělávání se dozvídáme na intranetu nemocnice, odpovídají skoro všichni respondenti. Respondenti 4 a 9 tuto možnost v odpovědi nemají. Informace ohledně možností vzdělávání získávají od nadřízeného pracovníka. Informace od nadřízeného pracovníka mají i respondenti 3, 6, a 8. Další možností, kterou respondenti 1, 5, 6 a 7 uvádějí, je internet. Respondent 5 využívá e-learning, respondent 6 má nabídky na emailu a respondent 7 získává informace přes stránky „sestra in“.

Ohledně problematiky péče pacienta v deliriu byli respondenti 1 a 6 na semináři, který pořádalo psychiatrické oddělení. Respondenti 5 a 7 se zúčastnili semináře ohledně přístupu k agresivnímu pacientovi. Respondent 3 byl na semináři ohledně komunikace, kdy součástí byla i komunikace s agresivním pacientem a respondent 8 se zúčastnil semináře, jak pečovat o neklidného pacienta. Respondenti 2, 4 a 9 se žádného semináře ohledně této problematiky nezúčastnili.

Respondenti 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 a 8 by přivítali informace ohledně této problematiky. Respondent 9 by také uvítal informace ohledně této problematiky, ale jenom „*Pokud by tam byly nějaké dobré věci*“ dodává.

Jak přistupovat k pacientovi v deliriu by chtěli vědět respondenti 1, 2, 3, 5 a 7. Jestli jsou nějaké nové postupy v péči o pacienta v deliriu, by se chtěli dozvědět respondenti 5, 6, 7 a 9. Respondenty 3, 4 a 8 by zajímala prevence vzniku deliria a respondenti 6 a 9 by chtěli slyšet nějaké novinky, třeba v léčbě medikamenty, říká respondent 6.

## 4.2 Zaznamenaná data ze zúčastněného pozorování v záznamovém archu

Respondent	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Náhlada sestry	pozitivní, usmívá se	dobrá, nekritická	neutrální, občas se usmívá	neutrální	dobrá, usmívá se občas	dobrá, rázná	mírně rozladěná	neutrální až pozitivní	rozlobená, naštvaná
Přístup k pacientovi	velmi klidný	neutrální	mírně odměřený	klidný	neutrální	mírně odměřený	odměřený	klidný	arogantní
Vzhled pacienta	neklidný, neorientovaný, upravený	neklidný, neorientovaný, občas se snaží vstát z lůžka, upravený	neorientovaný, mírně neklidný, velmi hlasitě projevy, pořád odkrýtý, suchá DÚ	spíše klidný, neorientovaný, vystrašený, občas se posazuje	neklidný, roztřesený, neorientovaný, upravený	velmi neklidný, až agresivní, hlasitě projevy	agresivní, hlasitě projevy, snaží se dostat z kurtů	spíše klidný, pospává, neorientovaný	hlasitě projevy, neklidný, neorientovaný
Spolupráce pacienta	jen částečná, jen občas	částečně spolupracuje	absolutně nespolutracující	částečně spolupracující	velmi malá spolupráce	žádná	žádná	částečná	velmi malá
Způsob omezení pacienta	kurty na rukou	postranice u lůžka, občasný úchop personálem	fixace PHK	postranice u lůžka, jinak neomezen	kurty HK	kurty HK	kurty HK, včera měl kurty na DK	kurty HK -jen lehce	kurty HK
Záznam o neklidu	ano	ano	ano	ne	ne (bude prý dopsáno)	ano	ano	ne	ano
Záznam o použití omezovacího prostředku	ano	ne	dnes ne, z předešlých dnů ano	ne	ano (bez pcópisu lékaře)	ano	ano	ne	ano
Komunikace s pacientem	klidná řeč, snaha o komunikaci	omezená, jen stručné informace	mírně zvýšený hlas, opominání	klidná řeč, neustále vysvětlování	skoro žádná, ale klidná	žádná	rázná, zvýšený hlas	klidná řeč	skoro žádná, arogantní, zvýšený hlas
Četnost u lůžka během pozorování	1	4	2	2	1	1	1	1	2
Ošetrovatelské intervence	změna polohy pacienta	kontrola, úprava polohy, převaz kanyly	kontrola, úprava lůžkovin	podání tekutin, péče o DÚ, kontrola	kontrola	kontrola	úprava polohy, určení čela	kontrola	kontrola, přikrytí

## 5 DISKUZE

Bakalářská práce je zaměřena na problematiku ošetrovatelské péče o pacienty v deliriu. Delirium je velmi závažná a častá komplikace mnoha onemocnění. U pacienta v deliriu dochází k akutnímu narušení psychických funkcí a následně i k motorickým poruchám. Zdravotnický personál má náhle před sebou pacienta, který je dezorientovaný, neklidný, s poruchou paměti a myšlení, přestává s nimi spolupracovat, dochází k sebepoškozování a někdy i k agresivnímu chování vůči personálu. Péče o takového pacienta s sebou přináší různé ošetrovatelské problémy a specifika.

Cílem bakalářské práce bylo zjistit specifika ošetrovatelské péče o pacienty v deliriu na jednotkách intenzivní péče chirurgických oborů, zvládnání komunikace sester s těmito pacienty a zmapování jejich znalosti ohledně této problematiky. Pro splnění cílů byly použity čtyři výzkumné otázky: 1. Jaká jsou specifika ošetrovatelské péče o pacienta v deliriu? 2. Jaké komunikační techniky používají sestry při komunikaci s pacientem v deliriu? 3. Jaké mají sestry možnosti vzdělávat se v oblasti péče o pacienty v deliriu? 4. Jaké znalosti chybí sestřím ohledně této problematiky?

Pro získání potřebných dat byla zvolena metoda kvalitativního výzkumného šetření formou polostrukturovaného rozhovoru s respondenty a zúčastněného pozorování respondentů, se kterými byl veden rozhovor. Výzkumný soubor tvořilo devět sester pracujících na jednotkách intenzivní péče chirurgických oborů. Sestry z jednotky intenzivní péče chirurgických oborů byly vybrány záměrně, jelikož incidence deliria na jednotkách intenzivní péče, obzvláště chirurgických oborů, je velmi častá oproti jiným oddělením a dle Vörösová (2015) zde dosahuje až 61 % nemocných. Jelikož sama pracuji na uvedeném oddělení, mohu jen potvrdit vysoký výskyt pacientů v delirantním stavu. Časté ošetrování pacienta v deliriu udávaly i samotné sestry, které byly dotazovány na začátku rozhovorů. Tato skutečnost se také potvrdila při domlouvání pozorování pro výzkumné šetření. Domluvení si termínu pro rozhovor se sestrou a zároveň její pozorování při péči o pacienta v deliriu nebylo obtížné.

Lze předpokládat, že pokud je člověk vystaven podobným situacím často a musí řešit s tím spojené problémy, tak se bude v dané situaci stále zlepšovat a získávat více

zkušeností, bude se z něho stávat tzv. profesionál, který bude umět dále svoje schopnosti efektivně používat.

Bohužel v péči o pacienta v deliriu se tento předpoklad často nevyskytuje. Ze strany ošetrovatelského personálu dochází nečasto k negativnímu chování a k nepochopení stavu pacienta. Köhler (2013) ve svém článku píše, že chování pacienta v deliriu může negativně ovlivňovat morálku personálu. Za své praxe jsem se také sama s negativním chováním vůči pacientům v deliriu setkávala a setkávám. Že by to tak nemělo být, uvádí například Bruthans (2009) ve svém článku, kde píše, že všichni pacienti mají nárok na slušné a laskavé zacházení a je naprosto nepřijatelné a neprofesionální, aby se ošetřující personál choval k problematickým pacientům jako dozorcí v nápravném zařízení, ne-li ještě hůře. Také Pokorná (2013) ve své literatuře uvádí zásadu zachovat vůči pacientovi vlídný, trpělivý a laskavý přístup. Respondenti v rozhovoru často uvedli obecný pojem a to, že s pacientem v deliriu jedná jako s normálním pacientem. Toto uvedli respondenti 1, 2, 3, 4 a 8 a následně ještě doplnili své odpovědi. Po doplnění odpovědí respondentů 1, 2, 3, 4 a 8 a dle odpovědí respondentů 5, 6, 7 a 9 vyplynulo, že přijatelný přístup k pacientovi mají pouze tři respondenti 1, 3 a 4. Respondent 1 uvedl, že se k nim snaží chovat pořád hezky a během pozorování se opravdu respondent k pacientovi choval hezky a měl velmi klidný přístup. Respondent 3 má k nim profesionální přístup, při pozorování působil mírně odměřeně, ale měl empatický postoj a respondent 4 k nim nemá žádný negativní vztah a bere je tak, že a to nemůžou a při pozorování působil také velmi klidně a vyrovnaně. Také respondent 8 měl při pozorování klidný přístup k pacientovi, ale při rozhovoru uvedl, že se někdy pacientovi zasmějí, ale když už je neklidný a všemu se brání, tak má k němu odstup.

Nevhodné chování vůči pacientovi za své praxe uvedli všichni respondenti kromě respondenta 1, který v rozhovoru řekl, že se k nim chová stále hezky. Respondenti nejčastěji uvedli zvyšování hlasu a okřiknutí. Arogantní chování, se kterým se dá velmi často setkat, uvedl respondent 7. Jeho tvrzení jsme mohli vypořádat i při zúčastněném pozorování, kdy se choval k pacientovi odměřeně. Hrubou manipulaci, která je také velmi častá uvedl respondent 9 a ten působil při pozorování také arogantně. Jeden respondent

vedl fyzické napadení. Dle vlastní zkušenosti vím, že arogantní chování a hrubá manipulace s pacientem se vyskytuje častěji než je průměr odpovědí výzkumného vzorku.

Ošetrovatelská péče o pacienty v deliriu je velmi náročná, jak píše Pokorná (2013). To, že pacient v deliriu může ovlivnit psychickou náladu sestry, asi není pochyb. Všichni respondenti v rozhovoru uvedli, že jim pacient v deliriu nějakým způsobem ovlivňuje náladu. Uvádějí zkaženou náladu, našťvanost, zklamanost nebo jsou nešťastní. Během pozorování měl respondent 9 rozhněvanou náladu a ostatní respondenti nepůsobili jistou špatnou náladou. Dále respondenti 1, 3 a 5 jasně uvedli, že jejich následná ošetrovatelská péče není ovlivněna náladou. U respondentů 2, 4, 6, 7, 8 a 9 je to jinak a jejich následná ošetrovatelská péče o pacienta v deliriu je ovlivněna. Dle odpovědí v negativním smyslu. Respondenti nejčastěji uvádějí nechuť k pacientovi chodit, neuspokojování dalších potřeb a vykonání jen toho, co musí. A zde už by se pochybovat dalo. Dle Kutnohorské (2007) by sestra měla mít pro výkon své profese určité mravní předpoklady, chovat se profesionálně a podnikat takové kroky, které prospívají pacientovi. Někdo by mohl diskutovat, zda tyto zásady platí i pro dnešní dobu, kdy je péče o pacienta v deliriu velmi obtížná, stále jich přibývá a práce sestry se stává náročnější. Myslím, že zde záleží na morální vyspělosti samotného jedince, jak se hodně dokáže povznést nad touto skutečností a pochopit chování pacienta.

Ošetrovatelská péči o pacienta v deliriu je nejen náročná, ale nese s sebou i určité rozdíly. Respondenti vidí nejčastěji rozdíl v celkové nespolečnosti pacienta a časové náročnosti. Také uvádějí rozdíl ve zvýšené psychické i fyzické náročnosti, v omezení pacienta, ve zvýšeném dohledu, v potřebě více personálu a v obtížném provádění ošetrovatelských úkonů. Dle projevů deliria, které například uvádí Bruthans (2009), kdy je pacient dezorientovaný, neklidný, vytahává si katetry, drény, cévky, odchází z lůžka, je afektovaný, má halucinace a je i agresivní, lze všechny tyto rozdíly odvodit a předpokládat.

Někdy je také nezbytné použít u neklidného pacienta omezovací prostředky, uvádí Tomáš et al. (2014). Všichni respondenti museli za své praxe omezovací prostředky někdy použít. Respondenti 1, 2, 3, 5, 6, 8 a 9 uvádějí, že omezovací prostředky používají při agresivním chování pacienta nebo respondenti 4 a 7 je používají, pokud je pacient

nebezpečný sám sobě a svému okolí. Dle zákona o zdravotních službách, který říká, že „omezovací prostředky lze použít jen tehdy, je-li účelem jejich použití odvrácení bezprostředního ohrožení života, zdraví nebo bezpečnosti pacienta nebo jiných osob“, a zde indikují respondenti omezovací prostředky určitě správně (Zákon 372/2011 Sb.). Respondenti 1, 2, 3, 5, 6 a 9 ale také uvádějí, že používají omezovací prostředky tehdy, když si pacient za něco tahá, je neklidný nebo vstává z lůžka. Zde si myslím, že respondenti používají omezovací prostředky k usnadnění ošetrovatelské péče a dle Venglářové (2007) fyzické omezení v takových situacích nelze použít. Fyzické omezení a následná imobilizace pacienta v lůžku přispívá ke zhoršování delirantního stavu (Tomáš et al., 2014) a způsobuje pacientovi velkou psychickou zátěž (Venglářová, 2007). Při zúčastněném pozorování je sedm pacientů z devíti omezeno kurty na horních končetinách. Z toho jen tři pacienti jeví známky zvýšeného neklidu až agrese. Jeden pacient má omezenou jednu horní končetinu, kde mu kape infuze, to se ale dle standardu č. 037 ošetrovatelské péče o Omezení pacienta ve volném pohybu nepovažuje za omezovací prostředek. Při samotném omezování pacienta se respondenti 3, 4, 5, 6 a 8 řídí standardem. V tomto si respondenti 3, 5 a 6 protirečí, jelikož ve standardu je indikace k omezení pacienta převzata ze zákona o zdravotních službách. Zbytek respondentů například uvádí, že se řídí zvyklostmi na oddělení nebo ordinacemi lékaře a poté vyjmenují několik ošetrovatelských intervencí, které jsou součástí standardu o omezení pacienta ve volném pohybu. Nesprávná indikace k omezení pacienta může být dána nevědomostí respondentů o delirantním stavu a jeho zhoršování při omezení, nebo to může být jejich účelné jednání pro usnadnění ošetrovatelské péče, jelikož jak vyplynulo ze zúčastněného pozorování a z vlastní zkušenosti, pacient, který je omezený, nepotřebuje takový zvýšený dohled jako pacient, který je neklidný a neomezený. Do záznamového archu byla během pozorování zapsána i fakta o správně vedené dokumentaci. Tři pacienti z devíti nemají v dokumentaci žádný záznam o alteraci stavu. Jeden z nich nemá v dokumentaci záznam z důvodu časové vytíženosti lékaře. Dle respondenta lékař pacienta viděl a změnu stavu do dokumentace doplní. U tohoto pacienta je i zavedený záznam o použití omezovacího prostředku, ale není podepsán lékařem. Záznam o použití omezovacího prostředku nemá zavedený jen jeden pacient, který má jen lehce kurtované

horní končetiny. Jinak u všech ostatních fyzicky omezených pacientů je záznam řádně vyplněn.

Ošetřování pacienta v deliriu může někomu činit určité problémy. Respondenti 2, 3, 4, 5, 6 a 7 mají největší problém s tím, že pacienti v deliriu ruší ostatní pacienty na pokoji. Také sama vím, že je to opravdu nepříjemné, když je pacient neklidný a svým neklidem a následně nutným zvýšeným dohledem a verbálním usměrňováním sestrou ruší klid na pokoji. O to více je pro ostatní pacienty frustrující, když se pacient hlasitě projevuje na celé oddělení. Také z vlastní zkušenosti mohu říci, že se většinou velmi hlasitě projevují jen pacienti, kteří jsou fyzicky omezení. Zde si myslím, že také dochází v některých případech ke zbytečnému problému, který se zase odvíjí od nesprávné indikace k omezení pacienta. Další problém, který trápí respondenty 3 a 4, je nedostatek personálu. O noční službě slouží sami. S tím mohu jen souhlasit. Jak píše agentura Aspektio (2011), personál je vystaven zvýšené psychické i fyzické zátěži a pacient v deliriu tak může být velkým stresogenním faktorem. Pokud je respondent na pacienta sám, může být opravdu vystaven velkému stresu. Respondenty 1 a 3 trápí, že pacient v deliriu nespolupracuje. Věřím, že to může být pro někoho problém, zvláště pro respondenta 3, který zmiňuje i výše uvedený problém s nedostatkem personálu. Respondent 1 se poté cítí bezradně, když si pacient vede pořád tu svou. Zde asi záleží na tom, do jaké míry dokáže jedinec odolávat zvýšené psychické zátěži a jak ji umí kompenzovat. Tady by se asi hodilo doporučení, jak předcházet syndromu vyhoření. Respondenta 8 trápí, že se mu pacienti neomluví za svoje činy, protože si to nepamatují. Myslím, že je to velmi dobře, že si to pacienti nepamatují, jelikož samotné onemocnění je pro pacienty velký stres a uvědomování si delirantního stavu, za který nemohou, by mohlo vést ke zhoršení celkové zdravotní kondice. Také respondenti 4 a 8 mají problém s tím, že nasazené léky nezabírají ihned. Zde bych asi také podotkla, že léčba o pacienty v deliriu je komplexní, jak uvádí Praško et al. (2013) a jak uvádí Tomáš et al. (2014), specifická léčba, tj. farmakologická léčba, by měla být zahájena tehdy, pokud není dostačující nesespecifická léčba, tj. například opatření zaměřující se psychickou pohodu pacienta. Zde bych spíše očekávala problém, že respondenti nevědí, co mohou pro pacienta udělat, než začne účinkovat farmakologická léčba. Někteří respondenti také uvedli řešení pro uvedené problémy. Například pro



zajištění klidu ostatním pacientům navrhuji samostatné boxy či pokoje pro izolaci pacientů v deliriu, aby nebyl nikdo rušen. Myslím, že takové řešení asi nebude úplně správné. Pro ostatní pacienty je to určitě dobře, sestra zajistí klid na oddělení, ale jak říká Pokorná et al. (2013), sociální izolace a nedostatek stimulů může delirantní stav zhoršovat.

Komunikace se zmateným a neklidným pacientem také určitě někomu činí problém anebo nečiní, ale jeho komunikace nemusí být správná. Jak píše Linhartová (2007), komunikace zdravotníků s nemocnými je velmi obtížná, odborná a náročná činnost. Většina respondentů, tj. respondenti 1, 2, 3, 4, 5, 6 a 8 uvádějí, že s pacientem v deliriu komunikují v klidu a tím se shodují s literaturou, kdy Marková et al. (2006) píše, že principem verbální komunikace zdravotníka s pacientem v deliriu je klidný, vyrovnaný hlas. Dále respondenti 4, 5 a 7 pacientovi nevyvracejí jeho halucinace, neodporují mu a nepodporují ho v jeho zmatenosti, zde by se dalo také jednat porovnat s literaturou, kdy Tomáš et al. (2014) radí. S pacientem se nepouštějte do zbytečných konfrontací, neposuzujte ho a nehádejte se s ním. Také respondent 1 komunikuje s pacientem v deliriu tak, jak uvádí literatura a říká, že s pacientem nevede žádné zbytečné řeči a myslí si, že je dobré komunikovat s pacientem, ale jen o důležitých věcech. Dle Markové (2006) je důležité, aby měl pacient jasné informace a Hála (2011) ještě dodává, že při rozhovoru se soustředíme pouze na věcné téma. Respondent 6 se nenechá od pacienta rozčílit a snaží se mu věci opakovat stále dokola. I tyto komunikační techniky uvádí literatura. Hála (2011) doporučuje nereagovat na slovní útoky, zůstat nad věcí a opakovaně pacienta reorientovat přátelskou a intenzivní komunikací. S tím se shoduje i respondent 3. Oproti tomu respondent 8 říká, že v některých případech je zbytečné jim něco vysvětlovat, že to oni stejně nechápou. Respondent 8 také ještě říká, že se s nimi baví jako s malými dětmi. I s touto komunikační technikou se respondent 8 neshoduje s literaturou. Opak by se dal přirovnat s tvrzením, které píše Marková et al. (2006). K pacientovi v deliriu se chováme vždy občansky zdvořile. A také nikdy pacientovi v deliriu v zájmu zklidnění nelžete, říká Tomáš et al. (2014). S tímto nesouhlasí respondent 4, který tvrdí, že je občas dobré jim zalhat a přistoupit na jejich hru. V tomto případě souhlasím s respondentem 4 a z vlastní zkušenosti vím, že když se pacientovi zalže a pacient si lež neuvědomí, tak se opravdu ve

většině případů zklidní. Respondent 7 se někdy neudrží a řekne jim něco nevhodného. K tomuto Hála (2011) říká, že pacient v deliriu trpí vnitřním napětím a jakýkoli výrok proti jeho osobě dramaticky zvyšuje jeho nejistotu a strach.

Pokud se jedná o komunikaci již s agresivním pacientem, Ptáček et al. (2011) k tomu dodává, že zvláště komunikace s agresivními pacienty klade nejvyšší nároky na profesionální schopnosti zdravotníků. Na vulgární a agresivní chování pacienta respondenti 1, 6, 7, 8 a 9 nereagují vůbec a z nich respondenti 1, 6 a 8 vědí, že kdyby reagovali, tak by agresivního pacienta vyprovokovali ještě víc. Respondenti 2 a 4 uvádějí podobně a to, že reagují klidně, nereagují na agresi a nejsou arogantní, aby ho ještě více nevyprovokovali. Respondent 3 ho v žádném případě nedráždí, nepopuzuje a minimalizuje s ním zbytečný střet a respondent 5 ho nechá, ať si nadává, jeho to neuráží. Všechny reakce, které uvádějí respondenti, se svým obsahem přibližují k reakci, kterou uvádí Andršová (2012). Pokud dojde k agresivnímu chování ze strany pacienta, zachovejte klid, nenechte se vyprovokovat k agresivnímu jednání. V takovém případě se jedná o tzv. spirálové posilování agresivity. Jen respondenti 7 a 9 poté ještě dodali odpověď v jiném smyslu. Respondent 7 se snaží nereagovat, ale občas pacientovi něco ošklivého řekne a respondent 9 mu zase na nic neodpovídá. V obou případech by při takové reakci mohlo dojít ke spirálovému posilování agresivity. Při pozorování respondenti 1, 4, 5 a 8 komunikují s pacientem klidnou řečí. Respondent 2 komunikuje s pacientem jen stručně. Respondent 3 při rozhovoru říká, že s pacientem komunikuje v klidu, ale při pozorování na pacienta zvyšuje hlas a napomíná ho a respondent 6 také uvádí, že s pacientem komunikuje v klidu a při pozorování s pacientem nekomunikuje. Respondenti 7 a 9 při pozorování na pacienta zvyšují hlas, mluví ráznou řečí a respondent 9 komunikuje s pacientem arogantně.

Při zjišťování znalostí sester ohledně této problematiky jsem se ihned v úvodu rozhovorů setkala s problémem, a to s nedostatečnou znalostí termínu „delirium“. Téměř všichni respondenti si dávají termín delirium do souvislosti s alkoholovým deliriem, tj. deliriem tremens. Pro správně vedený rozhovor jsem musela nejprve respondentům ozřejmit termín delirium. Že českým ekvivalentem je stav zmatenosti a že se jedná o mozkový syndrom, projevující se poruchami vědomí, pozornosti, vnímání, myšlení,

paměti, psychomotorického chování, emocí a spánkového rytmu jak například uvádí Praško et al. (2013).

Klinický obraz delirií je velmi různorodý a často deliriu předchází prodromální fáze, v jejímž průběhu se objevují nescifické příznaky, uvádí Praško et al (2011). Nejčastějšími příznaky, které uvádí Praško et al. (2011) je neklid, obtížnost jasně uvažovat, poruchy spánku, živé sny a noční můry, hypersenzibilita ke sluchovým a zrakovým podnětům. U deliria tremens uvádí nespavost, ulekanost, strach, pokles krevního tlaku, tachykardii a tremor. Jak píše Praško et al. (2011), že klinický obraz delirií je různorodý, tak i respondenti uvádějí různé příznaky. Některé prodromální příznaky, které říkají respondenti, jsou shodné nebo by se daly přiřadit k těm, které píše Praško et al. (2011). Například nejčastěji respondenti 1, 4, 7 a 9 uvádějí neklid a respondenti 1, 4, 6 a 7 nesmyslnou mluvu. Respondenti 2 a 3 třes rukou a ještě respondent 2 udivenost, ulekanost, prudké pohyby. Respondent 7 si všímá, že pacienti nerozeznají den a noc. Respondent 8 považuje za varovné příznaky zbrkllost, pozorování kapek na infuzi, paranoiu a šátování ve stolečku. Další příznaky, které uvádějí respondenti a neuvádí Praško et al. (2011), ale myslím si, že se mohou zahrnout do prodromální fáze, jsou například změna očí, změna hlasu a červený nos. Naopak některé příznaky, které uvádějí respondenti jako prodromální, jsou dle Pokorné et al. (2013) a dle Pokorného et al. (2010) už příznaky deliria. Například respondenti 2, 6 a 7 uvádějí dezorientaci. Respondenti 5 a 9 nadávky a zvedání z lůžka. Respondent 4 halucinace. Respondent 5 křik, vyhrožování, chytání za ruce a bránění se výkonům.

Jak píše Ruth et al. (2009), včasné rozpoznání symptomů deliria může velmi snížit jejich rozvoj delirií a jak dodává Praško et al. (2013), v tomto mohou lékařům nejvíce pomoci sestry, které jsou v nejčastějším kontaktu s pacienty. Proto respondentům byla vedle otázky na varovné příznaky deliria položena ještě doplňující otázka, zda tyto varovné příznaky hlásí lékaři. Všichni respondenti krom respondenta 5 varovné příznaky lékaři hlásí. Pro snížení rozvoje deliria není jen důležité rozpoznání jeho prvních symptomů, ale také včasná identifikace nemocných s rizikem jeho výskytu. Pro posouzení rizika vzniku deliria jsou nezbytné psychomotorické testy, píše Pokorná (2013). V literatuře se často s těmito testy setkávám a tak mě zajímá, zda se testy pro

zhodnocení rizika deliria používají i v praxi. Ani jeden respondent se s těmito testy nesetkal. Informaci o četnosti používání těchto testů získávám na internetu. Dle Bednaříka z neurologické kliniky v Brně průzkum z roku 2009 ukázal, že pouze 33 % odborníků z oblasti intenzivní péče používá specifický nástroj pro detekci deliria. Některá oddělení FN v Brně hodnotí delirium pomocí testu CAM - ICU v české verzi. Také v knize od Štěpánkové (2014) nalézám informaci, že v ústřední vojenské nemocnici vyhodnocují rizikové pacienty a zahajují včasnou farmakologickou intervenci.

Co se týká příčiny vzniku deliria Praško et al. (2013) píše, že etiologie vzniku delirií je značně nejednotná. Všichni respondenti krom respondenta 8, který nezná žádnou příčinu vzniku deliria, zmiňují příčiny, které lze nalézt v teoretické části bakalářské práce. S očekáváním nejvíce respondentů uvádí jako příčinu závislost na alkoholu a depresivní poruchy. Mile mě překvapilo, že někteří respondenti vědí, že příčinou vzniku deliria může být například změna prostředí, stres, hypoxie, přetížení organismu, málo spánku nebo metabolický rozvrat.

Dále bylo zajímavé zjistit, zda respondenti vědí, že se mohou svým ošetrovatelským přístupem podílet na vzniku i průběhu delirantního stavu. Jak píše Tomáš et al. (2014), kvalitní a profesionální ošetrovatelský přístup k pacientovi s rizikem vzniku deliria přispívá ke snížení jeho vzniku. Celkově si respondenti myslí, že vznik i průběh deliria ze strany ošetrovatelské péče nelze moc ovlivnit a otázkou jsou zaskočení. Po chvilkové úvaze ale některé ošetrovatelské intervence uvádějí. Nejčastější odpovědi respondentů se týkají intervence, komunikace s pacientem s nevhodným přístupem, jako je agresivní či arogantní chování. Tyto intervence uvádí i Hála (2011) a Pokorná et al. (2013) kdy píší, že přátelská a časná komunikace, akceptace emocionálního stavu, vyhýbání se moralizování a odsuzování pacienta se podílí na prevenci a průběhu deliria. Dalšími správnými odpověďmi respondentů jsou kontakt s rodinou, poslech oblíbené hudby, aktivizace přes den a nevhodné je pacienta upoutat na lůžko. Tyto ošetrovatelské intervence jsou zahrnuty v oblasti péče Aktivizace a společenské kontakty v teoretické části. Také v oblasti Úprava cyklu spánků - bdění někteří respondenti zmiňují například zajištění klidného spánku a rozsvícené malé světýlko v noci. V oblasti Úprava prostředí uvádějí zajištění celkového klidu na oddělení, vhodná úprava prostředí a odstranění věcí,

kteřé pacientovi vadí. Jeden respondent se zmínil o hlášení prvních příznaků deliria lékaři. V oblastech Dostatečná hydratace, Nutriční podpora, Korekce smyslových deficitů není žádná ošetrovatelská intervence respondenty zmíněna.

Znalosti komplikací u kurtovaného pacienta zmiňují respondenti celkově správně. Komplikace bohužel uvádějí ze své zkušenosti a riziko vzniku komplikací u omezeného pacienta si uvědomují. Marková et al. (2006) ve své literatuře zmiňuje komplikace vzniklé z nedostatečné ošetrovatelské péče o pacienta v deliriu. Tyto komplikace respondenti uvádějí nejčastěji. Jsou to odřeniny, otlaky, dekubity, opruzeniny, neprokrvené končetiny. Respondent 1 uvádí správně i dehydrataci a špatnou hygienu dutiny ústní. Z komplikací somatického stavu se zmiňují o aspiraci, zápalu plic, zahlenění pacienta, poranění a oběhovou nestabilitu až srdeční zástavu. Z komplikací psychického stavu několik respondentů uvádí zvýšení agrese a jeden respondent psychickou újmu, kterou také zmiňuje Marková et al. (2006). Respondent 8 jako jediný uvedl komplikaci s poraněním personálu a s poškozením majetku.

I když respondenti prokázali některé znalosti a zkušenosti ohledně péče o pacienta v deliriu, sami říkají a vědí, že jim určité vědomosti chybí. Všichni respondenti by přivítali koherentní informace k této problematice. Například by chtěli znát nové postupy v péči o pacienta v deliriu nebo by je zajímala prevence anebo nějaké novinky, třeba i novinky v léčbě medikamenty. V rámci celoživotního vzdělávání dle Vyhlášky 423/2004 Sb. mají respondenti možnost se zúčastnit například certifikovaných kurzů, inovačních kurzů, odborných stáží, školicích akcí, odborných konferencí.

V průběhu psaní bakalářské práce se nekoná žádná vzdělávací akce přímo ohledně této problematiky, ale koná se vzdělávání, které by se dalo do této problematiky částečně zahrnout. Například zaměstnanci psychiatrického oddělení pořádali seminář, ve kterém měli zařazenou problematiku péče o agresivního pacienta anebo se konal certifikovaný kurz Komunikace s pacientem se závažným duševním onemocněním a jeho rodinou. Někteří respondenti sami říkají, že už se někdy zúčastnili semináře zahrnující tuto problematiku. Respondenti nejčastěji navštěvují vzdělávací akce pořádající se v jejich okolí. Informace o pořádajících se akcích získávají nejčastěji na intranetu nemocnice nebo od nadřízeného pracovníka. Dva respondenti uvedli, že se zajímají o vzdělání mimo

jejich okolí a jeden respondent se vzdělává pomocí e - learningu. Pro získání kompletních informací ohledně problematiky péče o pacienta v deliriu by respondenti museli aktivně vyhledávat vzdělávací akce po celé České republice. Vzhledem k časové a finanční náročnosti si myslím, že by bylo velmi obtížné kompletní informace touto cestou získat.

I když budou respondenti vzděláni v této problematice a budou mít správný přístup k pacientovi v deliriu, tak i tak terapie těchto pacientů vyžaduje vzhledem ke své multifaktoriální etiologii komplexní stanovisko (Štěpánková, 2014). Systematická opatření zaměřená na prevenci či odstranění deliria by měla být zavedena ve všech službách, které jednotlivá zdravotnická zařízení provozují. Zavedením těchto opatření by se mohl celkově snížit výskyt pacientů v deliriu a tím by se také snížila psychická i fyzická náročnost práce zdravotníků a mohl by se zlepšit i přístup sester k pacientům v deliriu, které mají nyní k těmto pacientům negativní vztah.

## 6 ZÁVĚR

Bakalářská práce je věnována problematice ošetrovatelské péče o pacienta v deliriu. Delirium je velmi nepříznivý stav, který svým zásadním způsobem ovlivňuje život pacienta a prognózu jeho onemocnění. Ve zdravotnických zařízeních se lze s touto komplikací zdravotního stavu velmi často setkat, obzvláště na jednotkách intenzivní péče chirurgických oborů. Péče o pacienty v deliriu je velmi obtížná, odborná a náročná činnost a od zdravotníků je vyžadována pevná vůle, kvalifikaci, empatii, čas a vnitřní přesvědčení, že tato činnost je užitečná a smysluplná (Linhartová, 2007).

V bakalářské práci jsou stanoveny tři cíle. Prvním cílem je zjistit specifika ošetrovatelské péče o pacienty v deliriu. Takovým specifíkem je celkově jiný přístup. Na sestry jsou kladeny vyšší nároky na trpělivost, empatii, uvážlivý přístup a pro mnohé z nich je pacient v deliriu velkou přítěží. Z výsledků výzkumu vyplývá, že správný přístup k pacientovi v deliriu má pouze jedna sestra z devíti. Všem dotazovaným sestřím, se kterými byl veden rozhovor, pacient v deliriu ovlivňuje negativně náladu a jen u jedné třetiny sester se negativní nálada neprojeví na ošetrovatelské péči. Dalšími specifiky jsou zvýšená psychická, fyzická a časová náročnost. Velkým specifíkem je péče o neklidného až agresivního pacienta a používání omezovacích prostředků s následným dodržováním legislativy. Také z výsledků výzkumu vyplývá, že při používání omezovacích prostředků dochází k jejich nadužívání a v některých bodech k nedodržování standardu o Omezení pacienta ve volném pohybu.

Druhým cílem je zjistit, jak sestry zvládají komunikaci s pacientem v deliriu. Většina sester dle výsledků výzkumu komunikuje s pacienty v deliriu správně nebo se o správnou komunikaci vždy pokouší a poté používají nepatřičné komunikační techniky. Dvě sestry komunikují s pacientem v deliriu nevhodně, ale vědí, jak se má s nimi správně komunikovat.

Třetím cílem je zmapovat znalosti v oblasti ošetrovatelské péče o pacienta v deliriu. Sestry mají dostatečné obecné znalosti ohledně deliria, ale jen hyperaktivní formy. Postrádají informace o možnostech prevence deliria a ovlivnění deliria ošetrovatelskými

intervencemi. Chybějící informace si uvědomují a jsou ochotny si je doplnit, ale jen v případě, že se budou vzdělávací akce na tuto problematiku konat v jejich okolí.

Pro zlepšení přístupu sester k pacientům v deliriu a odstranění některých problémů v péči o ně, by bylo ideální, kdyby byla zavedena opatření na prevenci deliria či jeho průběhu ve všech sférách a službách zdravotnického zařízení. Například by mohla být vytvořena systematická ošetrovatelská opatření pro jednotlivá oddělení k podpoře delirantních pacientů.

Tato bakalářská práce může poukázat na problematiku ošetrovatelské péče o pacienta v deliriu a jako návrh na uspořádání semináře, který by byl například součástí systematického ošetrovatelského opatření.



## 7 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

ANDRŠOVÁ, Alena, 2012. *Psychologie a komunikace pro záchranáře: v praxi*. Praha: Grada. 120 s. ISBN 978-80-247-4119-2.

ASPECTIO, agentura, 2011. *BOZP, stres na pracovišti a jeho specifika v odvětví zdravotnictví: Studie číslo 31*. [online] Praha. [cit. 2015-12-01]. Dostupné z: [http://kzps.monitorovani.eu/moduly/vybermodulu/files/vystupy\\_z\\_projektu/dopadove\\_s\\_tudie/zdravotnictvi/Zdravotnictvi\\_-\\_DS\\_-\\_BOZP\\_final.pdf](http://kzps.monitorovani.eu/moduly/vybermodulu/files/vystupy_z_projektu/dopadove_s_tudie/zdravotnictvi/Zdravotnictvi_-_DS_-_BOZP_final.pdf).

BEDNAŘÍK, Josef, 2010. Standardizace české verze The Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit. In: *Česká a slovenská neurologie a neurochirurgie* [online]. Praha [cit. 2016-04-09]. Dostupné z: [http://www.csnn.eu/ceska-slovenska-neurologie-clanek/standardizace-ceske-verze-the-confusion-assessment-method-for-the-intensive-care-unit-cam-icucz-33811?confirm\\_rules=1](http://www.csnn.eu/ceska-slovenska-neurologie-clanek/standardizace-ceske-verze-the-confusion-assessment-method-for-the-intensive-care-unit-cam-icucz-33811?confirm_rules=1).

BEER, Dominic et al., 2005. *Intenzivní péče v psychiatrii*. Praha: Grada. 296 s. ISBN 80-247-0363-7.

BRUTHANS, Jan, 2009. Pooperační zmatenost na JIP: Zásadní perioperační komplikace u starších pacientů. *Česká geriatrická revue* [online]., 2015-11-24, 7(2): 7 s. [cit. 2015-11-24]. ISSN 1801-8661. Dostupné z: [http://www.geriatricarevue.cz/pdf/gr\\_09\\_02\\_04.pdf](http://www.geriatricarevue.cz/pdf/gr_09_02_04.pdf).

ČEŠKA, Richard, 2010. Delirium. In: *Medicabáze.cz: lékařské repetitorium online* [online]. Praha: Triton, [cit. 2015-12-01]. Dostupné z: [http://www.medicabaze.cz/?&sec=term\\_detail&termId=88&name=Delirium](http://www.medicabaze.cz/?&sec=term_detail&termId=88&name=Delirium).

ČOK, Milan, 2014. Hospicová péče: Respektování lidské důstojnosti v oblasti péče o nemocné. In: *Osobní asistence.cz* [online]. Praha: Micosoft, [cit. 2015-11-16]. Dostupné z: <http://www.osobniasistence.cz/?tema=3&article=5>.

DOHNALOVÁ, Hana et al., 2010. *Standardy ošetrovatelské péče v psychiatrii*. České Budějovice: Nemocnice České Budějovice. 152 s. ISBN 978-80-254-8782-2.

HÁLA, Martin, 2011. Ošetrovatelská péče u pacienta s pooperačním delíriem. *Florence*. Praha: Ambit Media. 7 (12): 4. ISSN 1210-0404.

HOFŠTETROVÁ KNOTTKOVÁ, Michaela, 2011. *Seznam akcí pro sestry - kde hledat?* [online]. [cit. 2016-02-16]. Dostupné z: <http://www.tribune.cz/clanek/21141-seznam-akci-pro-sestry-kde-hledat>.

JIRÁK, Roman et al., 2013. *Gerontopsychiatrie*. Praha: Galén. 348 s. ISBN 978-80-7262-873-5.

KALVACH, Zdeněk et al., 2008. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. Praha: Grada. 336 s. ISBN 978-80-247-2490-4.

KÖHLER, Richard, 2013. Delirium na somatických odděleních. *Psychiatrie*. Praha: Tigris. 17(3): 6. ISSN 1211-7579.

KUTNOHORSKÁ, Jana, 2007. *Etika v ošetrovatelství*. Praha: Grada. 164 s. ISBN 80-247-2069-8.

LINHARTOVÁ, Věra, 2007. *Praktická komunikace v medicíně: pro mediky, lékaře a ošetrující personál*. Praha: Grada. 152 s. ISBN 978-80-247-1784-5.

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

MATĚJOVSKÁ KUBEŠOVÁ, Hana et al., 2009. *Akutní stavy v geriatrii*. Praha: Galén. 233 s. ISBN 978-80-7262-620-5.

MITÁŠOVÁ, Adéla et al., 2010. Standardizace české verze The Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit (CAM-ICUcz). *Česká a slovenská neurologie a neurochirurgie*. Praha: Česká lékařská společnost J. E. Purkyně. **73**(106): 8. ISSN 1210-7859.

PAPEŽOVÁ, Hana et al., 2014. *Naléhavé stavy v psychiatrii*. Praha: Maxdorf. 495 s. ISBN 978-80-7345-425-8.

POKORNÁ, Andrea, 2008. *Efektivní komunikační techniky v ošetrovatelství*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně. 100 s. ISBN 978-80-7013-466-5.

POKORNÁ, Andrea et al., 2013. *Ošetrovatelství v geriatrii: hodnotící nástroje*. Praha: Grada. 193 s. ISBN 978-80-247-4316-5.

POKORNÝ, Jan et al., 2010. *Lékařská první pomoc*. Praha: Galén. 474 s. ISBN 978-80-7262-322-8.

PRAŠKO, Ján et al., 2011. *Klinická psychiatrie*. Praha: Tigis. 515 s. ISBN 978-80-87323-00-7.

PRAŠKO, Ján et al., 2013. *Psychiatrie v primární péči*. Praha: Mladá fronta. 855 s. ISBN 978-80-204-2798-4.

PTÁČEK, Radek et al., 2011. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada. 528 s. ISBN 978-80-247-3976-2.

RUTH, Elder et al., 2009. *Psychiatric and mental health nursing*. Sydney: Mosby Elsevier. 500 s. ISBN 978-072-9538-770.

Standart ošetrovatelské péče č. 037. Omezení pacienta ve volném pohybu. Nemocnice České Budějovice a.s.

ŠTĚPÁNKOVÁ, Hana et al., 2014. *Gerontologie: současné otázky z pohledu biomedicíny a společenských věd*. Praha: Karolinum. 288 s. ISBN 978-80-246-2628-4.

ŠVÁB, Jan et al., 2008. *Chirurgie vyššího věku*. Praha: Grada. 208 s. ISBN 978-80-247-2604-5.

ŠVARŤÍČEK, Roman et al., 2007. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál, 384 s. ISBN 978-80-7367-313-0.

TOMÁŠ, Petr et al., 2014. *Ošetrovatelství v psychiatrii*. Praha: Grada. 295 s. ISBN 978-80-247-4236-6.

TOPINKOVÁ, Eva, 2010. Delirantní stavy u hospitalizovaných seniorů - Současné diagnostické a léčebné postupy. *Medicína po promoci*. Praha: Mezinárodní medicínské nakladatelství. **11**(3): 7 ISSN 1212-9445.

VENGLÁŘOVÁ, Martina, 2007. *Problematické situace v péči o seniory: Příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky*. Praha: Grada. 96 s. ISBN 978-80-247-2170-5.

VÉVODA, Jiří, 2013. *Motivace sester a pracovní spokojenost ve zdravotnictví*. Praha: Grada. 159 s. ISBN 978-80-247-4732-3.

VOJÍŘOVÁ, Marcela, 2013. Delirantní stavy. *Florence*. Praha: Ambit Media. 9(10): 3. ISSN 1801-464X.

VÖRÖSOVÁ, Gabriela et al., 2015. *Ošetrovatelská diagnostika v práci sestry*. Praha: Grada. 208 s. ISBN 978-80-247-5538-0.

Vyhláška č. 423/2004 Sb. ze dne 30. června 2004, kterou se stanoví kreditní systém pro vydání osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez přímého vedení nebo odborného dohledu zdravotnických pracovníků.

Vyhláška č. 98/2012 Sb. ze dne 22. března 2012, o zdravotnické dokumentaci.

WELKER, Maureen, 2015. ICU Psychosis. In: *MedicineNet.com* [online]. [cit. 2015-11-05]. Dostupné z: [http://www.medicinenet.com/icu\\_psychosis/article.htm](http://www.medicinenet.com/icu_psychosis/article.htm).

ZADÁK, Zdeněk et al., 2007. *Intenzivní medicína na principech vnitřního lékařství*. Praha: Grada. 335 s. ISBN 978-80-247-2099-9.

Zákon č. 372/2011 Sb. ze dne 6. listopadu o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách).

## **8 SEZNAM PŘÍLOH**

Příloha 1 Test CAM - ICU

Příloha 2 Test NEECHAM

Příloha 3 Otázky k rozhovorům

Příloha 4 Přepsané rozhovory na CD

Příloha 5 Ukázka analýzy rozhovorů metodou tužka - papír

Příloha 6 Záznamový arch

## **9 SEZNAM ZKRATEK**

ARIP Specializační vzdělávací program v oboru anestezie, resuscitace a intenzivní péče

CD Kompaktní disk k ukládání digitálních dat

ICU Intensive care unit, zkratka JIP v angličtině

JIP Jednotka intenzivní péče

SIRS Syndrom systémové zánětové odpovědi

## Příloha 1 - Test CAM- ICU v české verzi

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

Propojení monitorace sedace a deliria: dvoustupňový přístup k hodnocení vědomí

#### **1. krok: hodnocení sedace a vigily (bdělosti)**

pomocí škály RASS - The Richmond Agitation and Sedation Scale\*

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

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

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

\*Sessler, et al. AJRCCM 2002; 166:1338-1334. \*Ely, et al. JAMA 2003; 289: 2983 – 2991.



## 2. krok: určení deliria

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

A zároveň

**2. znak:** Porucha pozornosti

A zároveň



**3. znak:** Porucha myšlení

NEBO

**4. znak:** Porucha vigility  
(RASS jiné než 0)

**= DELIRIUM**

## Příloha 2 - Test NEECHAM

### Příloha 1 – Škála zmatenosti NEECHAM

#### Úroveň 1: Zpracování

##### Zpracování: Pozornost (pozornost–ostrážitost–vnímavost)

- 4 Plná pozornost/ostrážitost – reaguje okamžitě a vhodně na zavolání nebo dotek – otočení očí, hlavy; je si plně vědomý okolím, vhodně se zapojuje do okolních událostí.
- 3 Krátká nebo nadměrná pozornost/ostrážitost – buď zkrácená pozornost na zavolání, dotek nebo okolní události, nebo nadměrná ostrážitost, pozornost na podněty/předměty v okolí.
- 2 Pozornost/ostrážitost nedůsledná nebo nevhodná – reaguje pomalu, k získání/udržení očního kontaktu/pozornosti je třeba opakovaně oslovení nebo dotek; je schopný rozeznat předměty/podněty, i když může mezi jednotlivými podněty upadnout do spánku.
- 1 Pozornost/ostrážitost narušená – otevírá oči na zvuk nebo dotek; může se zdát vystrašený, neschopný uskutečnit kontakt nebo ho rozpoznat, nebo může prokázat ústupné/útočné chování.
- 0 Probuzení/oslabená vnímavost – oči mohou/nemusí být otevřené; možné jen minimální probuzení po opakování podnětu; neschopný rozeznat kontakt.

##### Zpracování: Příkaz (rozpoznání–interpretace–akce)

- 5 Schopnost řídit se složitým příkazem – „Zapněte tlačítko pro přivolání sestry“ (vyšetřovaný musí hledat předmět, rozpoznat ho a provést příkaz).
- 4 Zpomalená reakce na složitý příkaz – potřebuje napovědu nebo opakování instrukce; provádí složitý příkaz „pomalu“, s nadměrnou ostrážitostí.
- 3 Schopnost řídit se jednoduchým příkazem – „Zvedněte ruku nebo nohu“ (použijte jen 1 podnět).
- 2 Neschopnost řídit se přímým příkazem – vyšetřovaný se řídí příkazy na základě doteku nebo vizuálního podnětu: pije ze sklenice umístěné u úst; reaguje uklidněním na kontakt se sestrou, ujištění nebo držení ruky.

- 1 Neschopnost řídit se vizuálním příkazem – vyšetřovaný reaguje omámeným nebo vystrašeným výrazem obličeje a/nebo ústupnými/vzdorovitými reakcemi na podnět, má hyper-/hypoaktivní chování: nereaguje na lehké sevření ruky sestrou.
- 0 Hypoaktivita, letargie – minimální motorika/reakce na podněty okolí.

##### Zpracování: Orientace (orientace – krátkodobá paměť – obsah myšlení/řeči)

- 5 Orientovaný v čase, prostoru a osobě – myšlenkové procesy, vhodný obsah konverzace a otázek; intaktní paměť krátkodobá.
- 4 Orientovaný v osobě a prostoru – minimální narušení paměti/vzpomíná si, obsah a odpovědi na otázky celkově přiměřené; může se opakovat, vyžaduje napovědu, aby byl schopen pokračovat v kontaktu; celkově spolupracuje s požadavky.
- 3 Orientovaný nedůsledně – orientuje se na sebe, poznává rodinu, ale orientace v čase a prostoru se často mění; na orientaci používá vizuální podněty; narušení myšlení/paměti je běžné, může mít halucinace nebo iluze; pasivní spolupráce s požadavky (kooperativní kognitivní obranné chování).
- 2 Deorientovaný a s narušením paměti/vzpomínání si – orientuje se na sebe/poznává rodinu; může zpochybnit činnosti sestry nebo odmítá požadavky, výkony (rezistentní kognitivní obranné chování); narušený obsah/myšlení při konverzaci.
- 1 Deorientovaný, narušené poznávání – střídavě poznává známé lidi, rodinu, předměty; nepřiměřená řeč/zvuky.
- 0 Zpracování podnětů narušené – minimální reakce na verbální podněty.

#### Úroveň 2: Chování

##### Chování: Vzhled

- 2 Kontroluje držení těla, udržuje vzhled, hygienu – vhodné upravený nebo oblečený, čistý; držení těla na lůžku/na židli normální.
- 1 Buď držení těla, nebo vzhled narušené – nepořádek v oděvech/na lůžku, zanedbaný vzhled nebo ztráta kontroly držení těla, polohy.
- 0 Držení těla a vzhled abnormální – nepořádný, nedostatečná hygiena, neschopný zachovat držení těla na lůžku.

#### Chování: Motorika

- 4 Normální motorické chování – přiměřený pohyb, koordinace a aktivita, schopný odpočívat tiše na lůžku; normální pohyb rukou.
- 3 Motorické chování zpomalené nebo hypoaktivní – nadměrně tichý nebo pomalý spontánní pohyb (ruce/ramena zkrácené na hrudníku nebo po stranách), nebo hyperaktivní (nahoru/dolů, „škákavý“); může se ukázat třes rukou.
- 2 Motorické pohyby narušené – neklidné nebo rychlé pohyby; pohyby rukou se zdají abnormální: dotýká se předmětů nebo přikryvek na lůžku apod.; může vyžadovat asistenci při cílených pohybech.
- 1 Nepřiměřené, rušivé pohyby – tahá za hadičky, za zajištěnou žílu, pokouší se přelézt přes zábradlí lůžka, častá bezcílná činnost.
- 0 Oslabený motorický pohyb – limitovaný pohyb, pokud není stimulovaný; rezistentní pohyby.

#### Chování: Verbální

- 4 Vhodně iniciuje řeč – schopný konverzovat, dokáže zahájit a udržet konverzaci; normální řeč na daný diagnostický stav, normální tón.
- 3 Omezené iniciuje řeč – reakce na verbální podněty jsou stručné a nekomplexní; řeč je zřetelná vzhledem k danému diagnostickému stavu, ale tón může být abnormální a tempo pomalé.
- 2 Nepřiměřená řeč – může hovořit sám se sebou nebo nesmyslně; řeč není zřetelná vzhledem k danému diagnostickému stavu.
- 1 Řeč/zvuk narušené – změněný zvuk/tón; mumlá, křičí, nadává nebo je nepřiměřeně ticho.
- 0 Abnormální zvuky – vzdychání nebo jiné rušivé zvuky, nesrozumitelná řeč.

#### Úroveň 3: Fyziologická kontrola

##### Fyziologická měření

Sledované hodnoty	Normální
teplota	36,0–37,0 °C
systolický tlak	100–160 mm Hg
diastolický tlak	50–90 mm Hg
srdeční frekvence pravidelná – nepravidelná	60–100

Sledované hodnoty	Normální
dech (počítat celou minutu)	14–22 periody apnoe/hypopnoe? 1 – ano, 0 – ne léčba O <sub>2</sub> předepsaná? 0 – ne, 1 – ano, ale ne teď 2 – ano, právě teď
saturace O <sub>2</sub>	93 a více

Stabilita životních funkcí (abnormální systolický a/nebo diastolický tlak počítaný jako jedna hodnota; abnormální a/nebo nepravidelná frekvence srdce počítaný jako jedna hodnota; apnoe a/nebo abnormální dech počítaný jako jedna hodnota a abnormální tělesná teplota jako jedna hodnota);

- 2 tlak krve, srdeční frekvence, tělesná teplota, dýchání normální s pravidelným pulzem

- 1 kterákoli veličina abnormální
- 0 dvě nebo více abnormálních funkcí

#### Stabilita saturace O<sub>2</sub>

- 2 saturace O<sub>2</sub> normální (93 a více)
- 1 saturace O<sub>2</sub> 90–92, nebo dostává O<sub>2</sub>
- 0 saturace O<sub>2</sub> < 90

#### Kontrola kontinence moči

- 2 Kontrola měchýře zachovaná.
- 1 Inkontinence moči v posledních 24 hod., nebo má kondomový katétr.
- 0 Inkontinence moči nyní, má permanentní či intermitentní kátrétér nebo je anurický.

- 1 úroveň 1: Zpracování (0–14)
- 2 úroveň 2: Chování (0–10)
- 3 úroveň 3: Fyziologická kontrola (0–6)

#### Celkové skóre

00–19 – střední až těžká zmatenost

20–24 – mírný nebo brzký rozvoj zmatenosti

25–26 – není zmatený, ale hrozí vysoké riziko zmatenosti více než 26 – není zmatený, nebo normální funkce

Převzato z: CULP, K. Delirium. Bratislava: SPAM, 2002. s. 5–6 (nepublikovaný materiál).

### **Příloha 3 - Otázky k rozhovorům**

1. Jak dlouho pracujete na oddělení JIP?
2. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?
3. Jak často ošetřujete pacienta v deliriu?
4. Jaký máte přístup k pacientovi v deliriu?
5. Chovala jste se k pacientovi v deliriu někdy nevhodně?
6. Zkazí Vám pacient v deliriu náladu?
7. Jaký rozdíl vidíte v ošetrovatelské péči u běžného pacienta a pacienta v deliriu?
8. Musela jste za své praxe použít nějaké omezovací prostředky? Jestliže ano, za jakých okolností jste je použila?
9. Co považujete za největší problém nebo co Vás trápí při péči o pacienta v deliriu?
10. Jak komunikujete s pacientem v deliriu, který je neorientovaný, neklidný?
11. Jestliže nastane vulgární či agresivní chování u pacienta, jak na to reagujete?
12. Jaké příznaky nebo změny u pacienta jsou pro Vás varováním, že hrozí vznik deliria?
13. Co považujete za příčinu vzniku deliria?
14. Znáte nějaké komplikace, které mohou nastat u kurtovaného pacienta?
15. Jaké používáte testy pro zhodnocení deliria na JIP?
16. Co si myslíte, že pomáhá k rychlejší reorientaci pacienta z hlediska ošetrovatelské péče?
17. A co naopak orientaci pacienta zhoršuje z hlediska ošetrovatelské péče?
18. Kde se dozvídáte o možnostech vzdělávání?
19. Byla jste někdy na nějakém semináři, či nějaké přednášce ohledně této problematiky?
20. Přivítala byste nějaké informace ohledně této problematiky?

## Příloha 5 - Ukázka analýzy rozhovorů metodou tužka a papír

**Respondent 1**

1. Jak dlouho pracujete na oddělení JIP?  
„Asi sedm let.“

2. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?  
„Středníškolské.“  
A máte nějakou specializaci?  
„Ne, zatím, ne, od září začínám studovat APLP.“

3. Jak často ošetríte pacienta v deliriu?  
„Snad pořád, každou směnu se dá říct.“

4. Jaký máte přístup k pacientovi v deliriu?  
Máte k němu už nějaké představy, zařadíte ho do nějaké skupinky?  
„Zařadím si ho mezi blázný, ale snažím se k němu chovat slušně, hezky, jako každému jinému pacientovi.“

5. Chovala jste se k pacientovi v deliriu někdy nevhodně?  
„Nevím to, nevzpomínám si. Myslím, že ne. Snažím se k nim chovat pořád hezky.“

6. Zkazi Vám pacient v deliriu náladu?  
„Jak který pacient, když je zmatený a není zlý, tak mě psychicky neovlivní, ale když je zlý, sprostý, agresivní, tak mi to na dobré náladě nepříká, ale náladu celé směny mi to rozhodně nezkaží.“  
A ovlivňuje ta Vaše špatná nálada následně ošetrovatelskou péči o pacienta v deliriu?  
„Za ošetrovatelskou péči z mé strany ovlivněná není, naopak mám pocit, že se pacientovi více věnuji, jeho stav vyžaduje větší péči.“  
To myslíte, že u takového pacienta uděláte více práce než u jiného?  
„Ano.“  
A nejste potom teda nařčováni, že musíte dělat u něj dělat nějaké úkony navíc?  
„Ano, špatnou náladu z toho někdy mám, ale péči o pacienta to neovlivní, беру to tak, že jsou to potřeby pacienta, které vyžaduje.“

7. Jaký rozdíl vidíte v ošetrovatelské péči u běžného pacienta a pacienta v deliriu?  
„Běžný pacient spolupracuje a pacient v deliriu **nespolupracuje**, takže je to pro mě **těžší náročnější a psychicky náročnější u pacienta jsou atléna**. Například jenom píchnout jedné injekce i. m., vyžaduje více personálu, kdy jedna sestra musí držet končetinu a druhá aplikuje injekci. Celkově péče o pacienta v deliriu je **časově náročnější a vyžaduje více personálu**.“

8. Musela jste za své praxe použít nějaké omezovací prostředky?  
„Ano, používala.“  
A za jakých okolností jste je použila?  
„Když jsem **agresivní** nebo když si **tahají a rvou** si za něco.“  
Jakými pravidly se řídíte při omezování pacientů?  
„**Len běžnými zvyklostmi na oddělení**.“  
A jaké to jsou zvyklosti?  
„Měříme tlak po hodině, více se o něj pečije jako např. zvýšená hygiena dýchacího ústí, zvýšený příjem tekutin, kontrola prokrvení končetin, jestli je ve správné poloze, jestli nemá pod sebou něco zbrabátněného, aby se neproležel, neotlačil, neodřel.“  
Vadí Vám, že musí být pacient přikurtovaný?  
„Ano, vadí, vadí mi, že se nemůže hýbat a není v poloze, kterou potřebuje.“  
Jaké omezovací prostředky nejčastěji používáte?  
„**Kurty na ruce a potom kurty na nohy**.“

9. Co považujete za největší problém nebo co Vás trápí při péči o pacienta v deliriu?  
„**Trápí mě nespokojenosť u pacienta a taková tá bezradnosť, že si pacient vede pořád tu svou**.“  
A měla byste nějaké řešení pro tento problém?  
„Pro toto řešení není, myslím si, že když k tomu někdo má sklony, tak si tím musí projit.“  
A co třeba prevence vzniku deliria?  
„Myslím, že prevence vzniku deliria žádná není.“

10. Jak komunikujete s pacientem v deliriu, který je neorientovaný, neklidný?  
„S pacientem **nevedu žádné zbytočné řeči** a hlavně se s ním **berím v klidu, nechtím na něj**.“

## Respondent 2

1. Jak dlouho pracujete na oddělení JIP?

„Jedenáct let.“

2. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

„Vyšší zdravotnická škola obor zdravotnický záchranář.“

A máte nějakou specializaci?

„Nemám žádnou.“

3. Jak často ošetrujete pacienta v deliriu?

„Poměrně často, průměrně asi tak jednou za týden taď na oddělení někoho takového taď máme.“

4. Jaký máte přístup k pacientovi v deliriu?

„Snažím se s ním jednat jako s normálním pacientem. Pak když už na mě nereagují a mňžu jim říkat, co chci a oni stejně si vědou svou, tak je to spíš tak, že v něj udělám, co musím a nějak si ho více nevšímám. Pořád ale mám k nim klidný přístup.“

5. Chováte se se k pacientovi v deliriu někdy nevhodně?

„Jo, to chovála, spíš dřív, když jsem nastoupila po škole do práce, tak jsem nevěděla, jak mám s nimi jednat. Teď už vím, že není dobré na ně zvyšovat hlas a být arogantní a když už jsou agresivní, tak jsem tak nějak rezignovala a spíše je ignoruju. Jednou jsem dala pacientce dokonce facku, když fyzicky napadla moji kolegyni, nevím bylo to takové sponitkami.“

A když přijmete do práce a zjistíte, že se budete starat o zmateného pacienta, jak na to reagujete.

„Zase mám blázna?“

6. A zkazí Vám pacient v deliriu náladu?

„Záleží na okolnostech, když se starám o někoho bláznivého už několikátou službu, tak to, to už bývám i maňtváná. Když ho mám po dlouhé době a vím, že na něj budu mít čas, tak jsem v pohodě.“

A vadí vám to hodně, že se musíte starat o takového pacienta?

„Zase zas tak hodně ne.“

A ovhvní ta vaše špatná nálada potom pěči o tohoto pacienta?

„To asi jo, udělám u něj, co musím, ale aktivně nějaké další jeho potřeby asi nevyhledávám, ale to už je u těch co jsou spíše agresivní a nespolupracující.“

7. Jaký rozdíl vidíte v ošetrovatelské pěči u běžného pacienta a pacienta v deliriu?

„Tak pacient v deliriu mi zabere asi více času, pořád ho musím kontrolovat, jestli nemá tendenci si něco vyškubnout nebo slézt z postele. Také když nespolupracuje, tak nás musí být na něj víc. Vlastně veškerou pěči děláme za něj, protože on nespolupracuje, naopak se ještě brání.“

8. Musela jste za své praxe použít nějaké omezovací prostředky?

„Ano, to jo.“

A za jakých okolností jste je použila?

„Když chce utéct z postele a má spoustu hadiček, tak se bojím, aby si je nevyškubl. No a pak když je agresivní.“

Jaké omezovací prostředky nejčastěji používáte?

„Kamry na ruce.“

Když pacienta omezujete, řídíte se nějakými pravidly?

„Tak jak jsme zvyklé na oddělení, vedeme záznam, kontrolujeme prokrvení končetin, měříme častěji TK.“

To máte takhle někde uvedené?

„Myslím, že by to takhle mělo být ve standardech.“

9. Co považujete za největší problém nebo co Vás trápí při pěči o pacienta v deliriu?

„Vadí mi, že to odnášejí ostatní pacienti na pokoji, někdo tam je po těžké operaci a potřebuje klid a odpočvat, a on tam máš a já s tím nemohu nic udělat a někdo s tím nic nedělá.“

A měla byste nějaké řešení pro tento problém?

„Bud' aby měli pořádnou léčbu, jako aby byli ztlumení nebo je zavést na samotný pokoj.“

10. Jak komunikujete s pacientem v deliriu, který je neorientovaný, neklidný?

„Snažím se s ním komunikovat v klidu, nebuť na ně hrubě, to už mám zkušenosti, že je to lepší.“

