



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 ošetrovatelství, porodní asistence a neodkladné péče

Bakalářská práce

Pacient s diagnózou delirium tremens v intenzivní péči

Vypracovala: Magdaléna Žáková

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

České Budějovice 2016

Abstrakt – Pacient s diagnózou delirium tremens v intenzivní péči

Tato bakalářská práce se věnuje problematice ošetrovatelské péče u pacientů s diagnózou delirium tremens v intenzivní péči. Delirium tremens je nejzávažnější stadium alkoholového abstinenčního syndromu a vzniká při přerušení přísunu alkoholu u alkoholiků. Tento stav je život ohrožující a pacienty s touto diagnózou je nutné hospitalizovat na jednotkách intenzivní péče či na oddělení anesteziologicko – resuscitačním (ARO). Od sester se očekává znalost svých kompetencí a specifických činností a intervencí, které vedou k předcházení vzniku komplikací, v případě vzniku komplikací znalost postupů k jejich řešení. V úvodu teoretické části práce je vymezen termín intenzivní medicína a shrnuty kompetence sester nejen v intenzivní péči. V nejrozsáhlejší části práce je uvedena problematika alkoholové závislosti, charakteristika pacienta s deliriem včetně specifík ošetrovatelské péče. Závěr této části je věnován konkrétně deliriu tremens, kde jsou popsány příčiny vzniku, příznaky, vytyčení problémů těchto pacientů se specifiky ošetrovatelské péče a doporučená léčebná opatření a samostatnou část tvoří klinické stavy, které jsou s deliriem spojeny. Problematika fyzického omezení pacienta je shrnuta v samostatném oddílu bakalářské práce. Závěrečná část popisuje vědomí a jeho poruchy.

Stanoveny byly dva cíle. Cíl 1: Zjistit, s jakou problematikou se sestry setkávají při ošetrování pacientů s deliriem tremens. Cíl 2: Zmapovat specifika ošetrovatelské péče o pacienty s deliriem tremens. Položeny byly dvě výzkumné otázky. Výzkumná otázka 1: S jakou problematikou se sestry setkávají při ošetrování pacientů s deliriem tremens? Výzkumná otázka 2: Jaká jsou specifika ošetrovatelské péče o pacienty s deliriem tremens?

V empirické části práce bylo použito kvalitativní výzkumné šetření. Metodou a technikou byly polostrukturovaný rozhovor a kazuistika pacienta s diagnózou delirium tremens hospitalizovaným na ARO. Rozhovor byl veden s osmi sestrami pracujícími na jednotkách intenzivní péče a na ARO v Nemocnici Tábor a. s. Tyto sestry byly vybrány záměrně a musely splňovat podmínky současné praxe v intenzivní péči a ošetrovaly pacienta s diagnózou delirium tremens. Metodou otevřeného kódování bylo

každé sestře přiděleno číslo. Následovalo očíslování všech řádků, na kterých byly uvedeny odpovědi sester, na něž bylo později odkazováno. Metodou „papír a tužka“ byly zvýrazněny důležité informace v rozhovoru, na jejichž základě došlo k vytvoření kódů. Technikou „vyložení karet“ došlo k vytvoření čtyř kategorií, které byly rozšířené o podkategorie.

Výzkumným šetřením byly zodpovězeny obě výzkumné otázky. Sestry správně uvedly charakteristiku a problematické oblasti u pacienta s deliriem tremens. Prokázaly znalost v rizikových oblastech a v prevenci i v řešení komplikací. Z výsledků výzkumu vyplývá, že sestry v intenzivní péči se zaměřují prioritně na uspokojení základních fyziologických potřeb. Sestry prokázaly orientaci v ošetrovatelských činnostech a intervencích v péči o pacienta s deliriem tremens a znalosti specifik, které souvisí s fyzickým omezením pacienta.

Na základě analýzy bylo zjištěno, že některé činnosti sestřím činí potíže, které by bylo možno odstranit dostatkem informací o dané problematice. Praktickým výstupem bakalářské práce je návrh na mezioborový seminář o problematice pacienta s diagnózou delirium tremens v intenzivní péči, který přikládám jako přílohu (Příloha č. 6).

Klíčová slova: Intenzivní péče, alkohol, delirium tremens, fyzické omezení pacienta, ošetrovatelská péče.

Abstract - Delirium tremens Patient in Intensive Care

This bachelor thesis concerns with problematics of nursing care with patients in the Intensive Care Units. Delirium tremens is the most serious stadium of alcoholic withdrawal syndrome and it starts when alcoholics stop drinking alcohol. This state is life endangering and it is necessary to hospitalize the patients in the Intensive Care Units or in the Anesthesiology – Resuscitacional. Nurses are supposed to know their competence, specific activities and interventions, which leads to the prevention of starting the complications. In case of some complications they should know the solution. There is a term “intensive medicine“ explained at the beginning of this thesis. The problematic of alcohol addiction, characteristics of the patient with delirium all the specifics of nursery care included are given in the biggest part of this work. There is a part about delirium tremens, where all the causes of start, symptoms, demarcation of the patients’ problems with nursery care and recommendations for medical measures. There is some more part where the clinical statuses connected with delirium are described. The problematic of patient’s physical limits is summarized in another part of the bachelor thesis. Patients’ consciousness and impairment of consciousness are described at the end of the thesis.

I set up two targets: Target 1: To find out, what problems the nurses meet at their work during treatments of patients with delirium tremens. Target 2: To chart nursery care specifics for patients with delirium tremens. There were two questions asked. The first question: What problematics nurses deal with during patients with delirium tremens treatment? Question 2: What are the specifics of delirium tremens nursery care?

In the empiric part of this thesis, a qualitative research was used. The semi structured dialogue and patient’s casuistry with delirium tremens diagnoses hospitalized in the Anesthesiology – Resuscitacional Unit. The dialogue was guided by nurses working in the Intensive Care Units and in the Anesthesiology – Resuscitacional Unit in the hospital Tábora. s. These nurses were chosen on purpose and they had to fulfill the common intensive care conditions. They also treated a patient with delirium tremens. Every nurse got a number which she got according Authentication method of coding. Then I numbered all the

lines, where the nurses' answers were listed and on which I referred later to. The important information in the dialogue (on the basis of them were codes created) were highlighted via the "Paper and Pencils" method. Technology showdown led to creating four categories, which were enhanced by subcategories.

Both of the questions were answered using the research. Nurses cited the characteristics of a patient with delirium tremens and problematics parts in their treatment. They showed the knowledge in hazardous fields and in prevention as well as in complication solving.

The research shows that the nurses in intensive care are focused on the satisfaction the basic physiological needs. The nurses showed their orientation in nursery care and in the interventions in the patients' care. They also proved they know the specifics, which are connected to the patients' physical limit.

On the basic of the analysis were found, that nurses have problems with some activities, which could be removed by the sufficiency of this problematics information. An Interdisciplinary seminar about the patient with delirium tremens in the Intensive Care Unit problematics, which you can find attached to the thesis, is the practical output of my bachelor thesis. (Attachment no 6).

Key Words: the Intensive Care Unit, alcohol, delirium tremens, patient's physical limit, nursery care.

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracoval(a) 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

.....

Magdaléna Žáková

Poděkování

Dovoluji si touto cestou poděkovat Mgr. Františkovi Dolákovi, Ph.D. za jeho odborné vedení a cenné rady a připomínky během přípravy mé bakalářské práce. Poděkování patří též osloveným respondentkám za jejich čas a ochotu při poskytování rozhovoru.

Obsah

Seznam použitých zkratk

Úvod	12
1 Současný stav	13
1.1 Intenzivní medicína	13
1.1.2 Ošetrovatelství v intenzivní péči	15
1.2 Alkohol	20
1.2.1 Delirium	21
1.2.2 Delirium tremens	25
1.2.3 Klinické stavy spojené s deliriem.....	27
1.3 Fyzické omezení a omezovací prostředky	28
1.4 Vědomí	30
1.4.1 Kvantitativní poruchy vědomí	30
1.4.2 Kvalitativní poruchy vědomí	32
1.4.3 Hodnocení stupně poruchy vědomí	33
2 Cíle práce a výzkumné otázky	34
2.1 Cíle práce.....	34
2.2 Výzkumné otázky.....	34
3 Metodika	35
3.1 Použité metody	35
3.2 Postup při analýze rozhovorů se sestrami	35
3.2.2 Charakteristika výzkumného souboru.....	36

4	Výsledky	38
	<i>4.1 Základní identifikační údaje respondentů</i>	<i>38</i>
	<i>4.2 Kategorizace a analýza výsledků z rozhovorů</i>	<i>39</i>
	<i>4.3 Kazuistika</i>	<i>47</i>
5	Diskuze	51
6	Závěr	61
7	Seznam použitých zdrojů	62
8	Přílohy	65
	<i>8.1 Seznam příloh</i>	<i>65</i>

Seznam použitých zkratk

°C - stupeň Celsia

ALP - alkalická fosfatáza

ALT - alanin-amino-transferáza

amp. - ampule

APTT - aktivovaný částečný tromboplastinový čas

ARAS - ascendentní retikulární aktivační systém

ARIP - ošetrovatelská péče v anesteziologii, resuscitaci a intenzivní péči

ARO - anesteziologicko – resuscitační oddělení

ASB - adaptive support breathing

Bc. - bakalář

CAM-ICU - Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit

CDT - karboxyhydrát deficientní transferin

CK - kreatinkináza

CK - MB – kreatinkináza myokard blood

Cl - chloridy

CMV - controled mechanical ventilation

CNS - centrální nervová soustava

CRP - C – reaktivní protein

CT - počítačová tomografie

EKG - elektrokardiogram

FiO₂ - frakce kyslíku

FR - fyziologický roztok

g - gram

G 20 - gauge

GCS - glasgow coma scale

GIT - gastrointestinální trakt

GMT - gama- glutamyltransferáza

HMR - Humulin R

i. v. - intravenózní
INR - mezinárodní normalizovaný poměr
JIP - jednotka intenzivní péče
K - kalium
MCV - střední objem erytrocytů
Mgr. - magistra
min - minuta
ml - mililitr
ml/hod - mililitr za hodinu
mm/Hg - milimetrů rtuťového sloupce
mmHg - milimetry rtuti
Na - natrium
NGS - nasogastrická sonda
NT - pro BNP - N-terminal pro B-typ natriuretického peptidu
NT_SOP - Nemocnice Tábor, Standard ošetrovatelské péče
OTI - orotracheální intubace
p. r. - per rectum
PEEP - pozitivní tlak v dýchacích cestách na konci expirace
RTG - rentgen
SpO₂ - saturace hemoglobinu kyslíkem
St. p. KPR - stav po kardiopulmonární resuscitaci
supp. - suppositorium
SZŠ - střední zdravotnická škola
TK - tlak krevní
TT - tělesná teplota
UVP - umělá ventilace plic
V_t - dechový objem
ZZS - zdravotnická záchranná služba

Úvod

Tématem této práce je problematika ošetrovatelské péče o pacienty s diagnózou delirium tremens v intenzivní péči. Delirium tremens volně přeloženo „šílenství s třesem“ je závažný stav, který pacienta ohrožuje na životě. Akutní těžké stavy deliria tremens patří jednoznačně na jednotku intenzivní péče s možností kontinuální monitorace, umělé plicní ventilace a dostupných diagnostických metod. Delirium tremens je úzce spojeno s nutností fyzického omezení pacienta. Projevy deliria tremens jsou různé, pacienti jsou často neklidní, nervózní, úzkostní, dezorientovaní a agresivní. Především z důvodu obtížné spolupráce pacienta s ošetrovatelským personálem a četným komplikacím, které se vyskytují v rovinách bio – psycho – sociálních, je z pohledu sester péče o pacienty s deliriem tremens velmi náročná a vyžaduje od sester znalost této problematiky.

Téma práce jsem si zvolila na základě svých zkušeností, jelikož pracuji jako všeobecná sestra na anesteziologicko – resuscitačním oddělení a s pacienty s deliriem tremens se setkávám. Problematika ošetrovatelské péče o pacienty s diagnózou delirium tremens je velmi rozsáhlá, rozhodla jsem se proto vypracovat přehled o této problematice a shrnout nejdůležitější specifika ošetrovatelské péče. Cílem práce je zjistit z praxe sester na intenzivní péči problematiku a specifika ošetrovatelské péče, s kterými se u pacientů s deliriem tremens. Praktickým výstupem bakalářské práce je návrh na mezioborový seminář o problematice ošetrovatelské péče o pacienta s diagnózou delirium tremens v intenzivní péči.

1 Současný stav

1.1 Intenzivní medicína

Ševčík a kol. (2014) uvádí, že zvyšující se věk dožití mužů i žen a tím i narůstající polymorbidita pacientů, volný pohyb osob, rozvoj cestování, to vše znamená zvyšující se náročnost péče o pacienty různého věku s různými onemocněními. Stále dokonalejší a rychle se rozvíjející postupy lékařské i ošetrovatelské péče pomáhají mnohým nemocným prodloužit, zlepšit a někdy i zvýšit kvalitu života. Zároveň však kladou vysoké nároky na práci lékařů, sester a ostatního zdravotnického personálu na oddělení urgentního příjmu, jednotek intenzivní péče nebo anesteziologicko-resuscitačních odděleních. *„Intenzivní medicína je lékařský obor pojednávající o nemocných s akutními, život ohrožujícími stavy. Zabývá se diagnostikou, kontinuálním sledováním a léčbou pacientů s potenciálně léčitelnými život ohrožujícími chorobami, úrazy a komplikacemi, u nichž je nezbytná důkladnější lékařská a ošetrovatelská péče, než jakou lze poskytnout na standardních odděleních. Pro optimální péči o kriticky nemocné je nezbytný multidisciplinární přístup“* (Ševčík a kol., 2014, s. 3).

Ve zdravotnickém systému se dle rozsahu a možnosti poskytované péče dělí jednotky intenzivní medicíny do tří stupňů - nižší, vyšší, nejvyšší (resuscitační). Tyto tři úrovně intenzivní péče neznamenaají současně tři typy jednotek intenzivní péče, ale představují doporučený vzorec pro personál a vybavení, přičemž na jedné jednotce jsou zastoupeny různé úrovně intenzivní péče v poměru, který vyžaduje spektrum nemocných, jímž jednotka poskytuje péči. Intenzivní péče I. stupně (nižší) se obvykle poskytuje v menších oblastních nemocnicích. Zajišťuje kontinuální monitorování, zvýšenou sesterskou péči, možnost okamžité resuscitace a možnost krátkodobé ventilace do dvaceti čtyř hodin. Intenzivní péče II. stupně (vyšší) se poskytuje ve větších regionálních všeobecných nemocnicích. Kromě zajištění základního monitorování je na tomto stupni zajištěno i invazivní monitorování, měření srdečního výdeje, dlouhodobá umělá plicní ventilace. Chybí speciální metody invazivního sledování jako je například plicní katetrizace, měření intrakraniálního tlaku, bulbární

oxymetrii. Péči poskytuje stabilní lékařský tým a samozřejmostí je zvýšená sesterská péče. Tato úroveň intenzivní péče má přístup k širšímu rozsahu vyšetření statim a 24 hodinovou možnost použití zobrazovacích metod. Neposkytuje však komplexní léčebnou péči a některé výkony jako je hemofiltrace nebo bezprostřední provádění hemodialýzy. Intenzivní péče III. stupně (nejvyšší, resuscitační) se poskytuje ve velkých oblastních a fakultních nemocnicích. Spočívá v poskytování celého rozsahu intenzivní péče se zvláštním zaměřením na kritické stavy různé etiologie. Jednotka intenzivní péče tohoto typu je zajištěna specialisty z oblasti intenzivní medicíny, kteří jsou trvale dostupní pro práci na jednotce v průběhu celých 24 hodin. Je zajištěna speciální sesterská péče a potřebný personál provádějící nutriční a rehabilitační péči. Tyto jednotky mají přístup ke všem komplexním vyšetřením, technologicky pokročilým zobrazovacím technikám a rychlou dostupnost specialistů širokého spektra medicínských disciplín (Zadák, Havel a kol., 2007).

Některé nemocnice mají i jednotky intermediární péče poskytující péči, která je svým rozsahem lokalizována mezi standardní oddělení a jednotku intenzivní péče. Poskytuje základní monitorování a léčbu pacientů, kteří jsou potencionálně vystaveni riziku orgánové dysfunkce. Vyžadují větší a náročnější diagnostiku a terapii než je obvyklá na standardních odděleních nebo je u nich relativně zvýšené riziko nutnosti bezprostřední resuscitace (Kapounová, 2007).

Podle zaměření nemocnice, podle potřeb regionu, mohou být některá pracoviště intenzivní medicíny orientovaná oborově například neurochirurgické, kardiochirurgické, traumatologické, popáleninové, neurologické, chirurgické jednotky intenzivní péče. V řadě nemocnic jsou upřednostňována větší multidisciplinární pracoviště intenzivní péče. Jedinými výjimkami jsou dialyzační jednotky, koronární jednotky a novorozenecké jednotky intenzivní péče. Počet lůžek by se měl pohybovat v závislosti na typu a zaměření nemocnice. Pracoviště intenzivní péče by měla být umístěna co nejbližší všem akutně zaměřeným pracovištím dané nemocnice - operačním sálům, urgentnímu příjmu, koronární jednotce, porodnímu sálu, radiologickým pracovištím včetně CT, popřípadě MR. Jakýkoli transport kriticky nemocného je vždy spojen s vysokým rizikem zhoršení zdravotního stavu. Lůžka jsou umístěna buď

v jednotlivých boxech, nebo kombinovaná dispozice jednoho většího sálu a jednoho nebo několika jednolůžkových boxů pro izolaci nemocných s vyšším rizikem přenosu infekce. V rámci stavebního uspořádání je nutno pamatovat na dodržování hygienicko-epidemiologického režimu. Nesmí se křížit zásobování zdravotnickým materiálem a léky s likvidací kontaminovaných pomůcek a materiálu. Musí být k dispozici dva zcela oddělené prostory. Celková dispozice pracovišť intenzivní medicíny musí respektovat několik důležitých míst a vytvořit pro ně podmínky: příjem nemocných, místo pro návštěvy příbuzných pacientů, zázemí pro personál, skladové prostory pro zdravotnický materiál a léky (Zadák, Havel a kol., 2007).

Pracoviště intenzivní medicíny musí být zakládána a provozována na základě respektování pravidel náležitého personálního a technického vybavení. Nedílnou součástí takového rozhodnutí je analýza, jaké nemocné budeme na daném pracovišti léčit a kolik nemocných jím projde za jeden rok. Provoz pracovišť intenzivní medicíny je ekonomicky náročný segment zdravotní péče, a proto zde musí být kladen důraz na kvalitu péče, která je určována nejen technickými možnostmi, ale zásadně vzdělaným personálem v náležitém počtu na všech úrovních (Ševčík a kol., 2014).

1.1.2 Ošetřovatelství v intenzivní péči

Ošetřovatelství prošlo svým vlastním vývojem, který byl ovlivněn společenskými, politickými, kulturními, odbornými a jinými změnami a má nezastupitelné postavení v péči o zdraví lidu. Hlavním cílem ošetřovatelství je chránit, navracet, udržovat a podporovat zdraví osob a skupin, zmírňovat utrpení nemocného člověka a zajistit klidné umírání a důstojnou smrt. Současné ošetřovatelství je založené na samostatnosti sestry a týmové spolupráci s lékaři a ostatními odborníky (Plevová a kol., 2011).

Kapounová (2007) tvrdí, že ošetřovatelství v intenzivní péči vychází z koncepce ošetřovatelství jako samostatné vědecké disciplíny zaměřené na aktivní vyhledávání a uspokojování biologických, psychických, sociálních a spirituálních potřeb nemocného i zdravého člověka. Uplatňuje všechny charakteristické rysy ošetřovatelství: preventivní

zaměření péče, poskytování aktivní ošetrovatelské péče, holistický přístup k nemocnému, poskytování individualizované péče prostřednictvím ošetrovatelského procesu, poskytování ošetrovatelské péče na základě vědeckých poznatků podložených výzkumem, poskytování péče ošetrovatelským týmem složeným z různě kvalifikovaných pracovníků. Z hlediska multidisciplinárního týmu sestra stojí pacientovi nejbližší a to je jedna z motivací k celoživotnímu vzdělávání. Toto zodpovědné a velmi náročné povolání je spojené s mnoha riziky jak pro pacienta, tak pro ošetrující personál a může být vykonávána pouze osobami, které odpovídají přísným kritériím vymezeným zákonnými a podzákonnými normami. Patří mezi regulovaná povolání a v regulovaném povolání určuje zákon, jak má být jedinec k povolání připravován a jak má získat oprávnění k jeho výkonu (Zákon č. 96/2004 Sb.). Tento zákon jasně stanovuje podmínky získávání a uznávání způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání. Získáním odborné způsobilosti má zdravotnický pracovník – všeobecná sestra, porodní asistentka, zdravotnický záchranář oprávnění k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu. Odborná způsobilost jedince je následně vyjádřena kompetencemi, které je pracovník oprávněn provádět a je za ně plně zodpovědný.

Vyhláška č. 55/2011 Sb. stanoví, že všeobecná sestra po získání odborné způsobilosti poskytuje, případně zajišťuje základní a specializovanou ošetrovatelskou péči prostřednictvím ošetrovatelského procesu, vyhodnocuje potřeby a úroveň soběstačnosti pacientů, projevů jejich onemocnění, rizikových faktorů, sleduje a orientačně hodnotí fyziologické funkce pacientů. Pozoruje, hodnotí a zaznamenává stav pacienta, zajišťuje a provádí vyšetření biologického materiálu a orientačně hodnotí, zda jsou výsledky fyziologické. Odsává sekret z horních cest dýchacích a zajišťuje jejich průchodnost, hodnotí a ošetruje poruchy celistvosti kůže, akutní a chronické rány, operační rány, drény, stomie, centrální a periferní žilní vstupy, provádí ve spolupráci s fyzioterapeutem a ergoterapeutem rehabilitační ošetrování, edukuje pacienty, případně jiné osoby v ošetrovatelských postupech a připravuje pro ně informační materiály. Zajišťuje činnosti spojené s přijetím, přemísťováním a propuštěním pacientů, orientačně hodnotí sociální situaci pacienta a spolupracuje se sociálním pracovníkem. Připravuje

pacienty k diagnostickým a léčebným postupům a na základě indikace lékaře je provádí nebo při nich asistuje, zajišťuje ošetrovatelskou péči při těchto výkonech a po nich. Podává léčivé přípravky s výjimkou nitrožilních injekcí nebo infuzí u novorozenců a dětí do tří let a s výjimkou radiofarmak. Zavádí a udržuje kyslíkovou terapii, provádí screeningová a depistážní vyšetření, katetrizaci močového měchýře žen a dívek nad deset let, pečuje o močové katétry pacientů všech věkových kategorií, včetně výplachů močového měchýře. Provádí výměnu a ošetření tracheostomické kanyly, zavádí nazogastrické sondy pacientům při vědomí starším 10 let, pečuje o ně a aplikuje výživu sondou, případně žaludečními nebo duodenálními stomiemi u pacientů všech věkových kategorií, provádí výplach žaludku u pacientů při vědomí starších 10 let, asistuje při zahájení aplikace transfuzních přípravků, ošetřuje pacienta v průběhu aplikace a ukončuje ji. Psychicky podporuje umírající a jejich blízké, zajišťuje péči o tělo zemřelého a činnosti spojené s úmrtím pacienta.

Všeobecná sestra po získání specializované způsobilosti poskytuje a organizuje ošetrovatelskou péči, včetně vysoce specializované ošetrovatelské péče v oboru specializace. Sleduje a vyhodnocuje stav pacientů z hlediska možnosti vzniku komplikací a náhlých příhod a podílí se na jejich řešení, koordinuje práci členů ošetrovatelského týmu v oblasti své specializace, hodnotí kvalitu poskytované ošetrovatelské péče, provádí ošetrovatelský výzkum, zejména identifikuje oblasti výzkumné činnosti, realizuje výzkumnou činnost a vytváří podmínky pro aplikaci výsledků výzkumů do klinické praxe na vlastním pracovišti i v rámci oboru. Přípravuje standardy specializovaných postupů v rozsahu své způsobilosti, vede specializační vzdělávání v oboru své specializace. Přípravuje pacienty na specializované diagnostické a léčebné postupy, doprovází je a asistuje během výkonů, ošetřuje po výkonu, edukuje pacienty, případně jiné osoby ve specializovaných diagnostických a léčebných postupech, připravuje pro ně informační materiály (Vyhláška č. 55/2011 Sb.).

Sestra pro intenzivní péči v rámci anesteziologicko-resuscitační a intenzivní péče a akutního příjmu, vykonává činnosti při poskytování ošetrovatelské péče o pacienta staršího 10 let, u kterého dochází k selhání základních životních funkcí nebo toto selhání hrozí. Přitom zejména sleduje a analyzuje údaje o zdravotním stavu pacienta,

hodnotí fyziologické funkce, analyzuje křivku elektrokardiogramu, hodnotí závažnost stavu, zahajuje a provádí kardiopulmonální resuscitaci se zajištěním dýchacích cest a s použitím dostupného technického vybavení, včetně defibrilace srdce elektrickým výbojem po provedení záznamu elektrokardiogramu. Pečuje o dýchací cesty pacienta i při umělé plicní ventilaci, včetně odsávání z dolních cest dýchacích, provádí tracheobronchiální laváže u pacienta se zajištěnými dýchacími cestami, zajišťuje stálou připravenost pracoviště, včetně funkčnosti speciální přístrojové techniky a materiálního vybavení. Sleduje a analyzuje údaje na speciální přístrojové technice, rozpoznává technické komplikace a řeší je. Bez odborného dohledu na základě indikace lékaře provádí měření a analýzu fyziologických funkcí pacienta specializovanými postupy pomocí přístrojové techniky, včetně využití invazivních metod, provádí katetrizaci močového měchýře mužů, zavádí gastrickou a duodenální sondu pacientovi v bezvědomí, provádí výplach žaludku u pacienta se zajištěnými dýchacími cestami, vykonává činnosti u pacienta s akutním a chronickým selháním ledvin, který vyžaduje léčbu dostupnými očišťovacími metodami krve, vykonává činnosti v souvislosti s dlouhodobou umělou plicní ventilací i v domácí péči, včetně poučení o používání pomůcek a obsluze zdravotnických prostředků pacienta a jím určených osob. Vykonává činnosti spojené s přípravou, průběhem a ukončením aplikace metod léčby bolesti, činnosti při přípravě, v průběhu a bezprostředně po ukončení všech způsobů celkové nebo místní anestézie, provádí punkci artérií k jednorázovému odběru krve. Pod odborným dohledem lékaře aplikuje transfuzní přípravky a přetlakové objemové náhrady, provádí extubaci tracheální kanyly, provádí externí kardiostimulaci (Vyhláška č. 55/2011 Sb.).

Sestra v intenzivní péči poskytuje vysoce specializovanou ošetrovatelskou péči pacientům bezprostředně ohroženým selháním životně důležitých funkcí nebo pacientům, u kterých již k selhání došlo. Je zřejmé, že z toho vyplývají požadavky na sestru, která by měla být odborně zdatná, osobnostně vyzrálá, s lidským přístupem k pacientovi a jeho rodině, schopná pracovat v týmu a úzce spolupracovat s lékaři a dalšími odborníky, se škálou technických dovedností, ochotná trvale se vzdělávat, přijímat nové úkoly a nést zodpovědnost. Ošetrovatelská činnost v intenzivní péči se

odlišuje od ostatní sesterské praxe. Je úzce propojena s lékařskou péčí, přičemž prioritou v práci sestry je udržení pacientových vitálních funkcí. Teprve pak je možné soustředit se na další ošetrovatelské problémy. V intenzivním ošetrovatelství je důraz kladen na zhodnocení stavu pacienta a sestra je první, kdo si může všimnout nepatrných změn, které však mohou být u kriticky nemocného člověka fatální. Včasné nahlášení těchto změn lékaři a zahájení patřičných opatření je prvním krokem k úspěšné léčbě a ke zlepšení stavu nemocného (Sestra a urgentní stavy, 2008).

Kapounová (2008) říká, že rozsah poskytované péče je na pracovištích intenzivní medicíny závislý na diagnóze a zdravotním stavu nemocného. Jako se vyvíjí zdravotní stav pacienta, vyvíjí se neustále jeho potřeby a nároky na ošetrovatelskou péči. Všeobecná sestra musí mít neustálou kontrolu a dozor nad jakýmkoliv změnami v pacientově stavu a monitorování všech používaných pomůcek a speciálních přístrojů (monitory, ventilátory, defibrilátory a jiné). Hodnotí pacientovy reakce na léčebné výkony, ze kterých mohou vyplynout změny v plánu péče, a tím vším zdokonaluje kvalitu péče věnované pacientovi. Všeobecná sestra na pracovištích intenzivní péče jakéhokoli stupně musí provádět klinická hodnocení často za rychlých a stresujících podmínek a okolností.

Pro rozvoj zdravého objektivního posuzování je nutné získat dovednost kritického myšlení - směs znalostí, intuice, zdravého rozumu a zkušeností. Všeobecná sestra nejen v intenzivní péči spolupracuje s multidisciplinárním týmem zdravotnických pracovníků. Týmový přístup napomáhá sestřám a ostatním členům v pracovním týmu vyrovnat se s mnoha rozdílnými potřebami jednotlivých pacientů. Pro zajištění bezpečné a holistické péče používá multidisciplinární tým různé nástroje. Tyto nástroje zahrnují léčebné plány (plán péče o pacienta s danou diagnózou), klinické mapy (vytýčení povinností všech profesionálů zabývajících se péčí o pacienta), směrnice a standardy ošetrovatelské péče zaručující jednotné postupy, zefektivnění, zkvalitnění péče o pacienty a ke splnění léčebných a ošetrovatelských cílů (Sestra a urgentní stavy, 2008).

Obor medicíny a ošetrovatelství se velmi rychle rozvíjí - neustále dochází k podstatným změnám ve způsobech poskytování péče, které je třeba si osvojit a převést

do praxe. Práce sestry je spojena s mnoha riziky jak pro pacienta, tak pro sestru jako poskytovatele péče. Toto zodpovědné povolání vyžaduje celoživotní vzdělávání k výraznému snížení všech rizik. Odborná zdatnost a zaujetí pro práci celého pracovního týmu na odděleních intenzivní péče jakéhokoliv stupně, patří k základním předpokladům při poskytování vysoce specializované ošetrovatelské péče (Ševčík a kol., 2014).

1.2 Alkohol

Lidé se vždy snažili najít možnost uniknout svým problémům, dosáhnout pocitů štěstí, pohody, síly a mimořádných schopností, fantastických zážitků a inspirace. Bylo pro ně lákavé získat něco takového ihned a bez vynaložení námahy. Tuto iluzi jim mohly poskytnout psychoaktivní látky, které mohou měnit psychický stav, obvykle subjektivně žádoucím způsobem. Ovšem důsledkem jejich pravidelného a dlouhodobého užívání může být akutní intoxikace, zneužívání (abúzus) a závislost, která postupně vede k narušení tělesných, psychických i sociálních funkcí. *„Syndrom závislosti lze definovat jako soubor psychických (emočních, kognitivních i behaviorálních) a somatických změn, které se vytvoří jako důsledek opakovaného užívání psychoaktivní látky“* (Raboch, Pavlovský a kol., 2012, str. 208).

Přestože problematika zneužívání návykových látek a závislostí nabývá na diagnostice a terapii stále většího významu, je tento fenomén často velmi podceňován. Problémy s alkoholem a s užíváním jiných návykových látek můžeme vidět u lidí ze všech vrstev a společenských skupin. V naší společnosti je nejčastěji používanou psychoaktivní látkou alkohol.

O tom, kdo je pouze konzument a kdo je již dávno psychicky a somaticky závislý nevléčitelný alkoholik, se vedou stále nekonečné spory plné racionalizace a někdy i strachu z kruté pravdy. Vlastní zodpovědné a odborné posouzení skutečné závislosti není nikdy jednoduché a ani zkušení zdravotníci mnohdy nechtějí pochopit, že alkoholismus je nevléčitelná choroba a nemocný má pouze možnost se uzdravit,

nikoliv vyléčit. Pro dlouhodobé léčení závislosti je třeba nadhled nemocného, jeho rodiny, zaměstnavatele, přátel i příbuzných. Pro posouzení závislosti existuje následující model, kdy závislým lze označit nemocného, u kterého se v průběhu jednoho roku, kontinuálně alespoň jeden měsíc, vyskytují alespoň tři ze šesti příznaků: craving – touha, puzení dychtění konzumovat alkohol, které nelze ovládnout; nedostatečné sebeovládání a kontrola množství při konzumaci alkoholu; somatický odvykací stav při nucené abstinenci či neplánovaném ukončení konzumace, kdy nejzávažnějším projevem je delirium tremens; růst tolerance s nutností zachovat si hladinku tzv. ranními doušky s konzumací záhy po probuzení; zanedbávání jiných zájmů následkem stále zvyšujícího času potřebného k získání alkoholu, vymizení schopnosti kontrolované konzumace; znovu a znovu zahajování konzumace přes zjevnou škodlivost, která je patrná již i nemocnému (Franz, 2006).

Peclínovská (2011) uvádí, že alkoholová závislost představuje v prostředí nemocnice závažný problém. Může se projevit ve formě alkoholového abstinčního syndromu, který dle závažnosti jeho vyjádření lze rozdělit do tří stadií:

Abstinční syndrom po vysazení alkoholu - nespavost, vnitřní neklid, úzkost, tachykardie, třes, pocení, dráždivost, poruchy koncentrace;

Predelirantní syndrom – navíc nauzea, zvracení, bludné vnímání;

Delirium tremens.

1.2.1 Delirium

Raboch, Pavlovský a kol. (2012) uvádějí, že delirium je jednou z nejčastějších psychiatrických syndromů a může se objevit v jakémkoliv věku. Vzniká jako důsledek interakce mezi individuální vulnerabilitou (vnímavost nemocného k rozvoji deliria, která vyplývá z nahromadění rizikových faktorů) a vyvolávající příčinou. Hlavními rizikovými faktory jsou vyšší věk, dehydratace, postižení mozku včetně demence, předcházející poranění mozku, poruchy zraku a sluchu, chronická somatická

onemocnění, delirium nebo závislosti v anamnéze, imobilita, spánková deprivace a bolest.

„Delirium vzniká jako akutní, nespecifická globální reakce (dysfunkce) mozku na různé noxy a často jejich kombinace. Vznik deliria je spojován s generalizovaným narušením oxidačních mechanismů, energetického metabolismu, vnitřního prostředí s narušením syntézy látek nutných ke strukturální a funkční integritě mozku“ (Seifertová a kol., 2007, str. 207).

Praško a kol. (2011) říká, že charakteristická je akutní zmatenost se současným výskytem poruch vědomí a pozornosti, vnímání, myšlení, paměti, psychosomatického chování, emotivity a cyklu spánek – bdění. Delirium je stav přechodný a jeho intenzita je proměnlivá a délka trvání je různá (dny, týdny, měsíce). Jde o častý, život ohrožující stav s vysokým rizikem četných komplikací. Delirium zvláště nepoznané a neléčené, ovlivňuje negativně prognózu nemocných a to bez ohledu na primární onemocnění - oddaluje uzdravení, prodlužuje hospitalizaci, zvyšuje mortalitu a morbiditu.

Začátek deliria je akutní, respektivě subakutní, například u odvykacích stavů se objevuje nejčastěji do 24-72 hodin. Prodromální příznaky jsou nespecifické, předcházejí rozvoji deliria o 1-2 dny. Nejčastěji jde o úzkost, mírný neklid, živé sny, insomnií, celkovou hypersenzitivitu, problémy jasně uvažovat. Přidávají se poruchy pozornosti, myšlení, paměti a jasné úvahy (podružné se stává podstatným a naopak). Rozvíjí se typická zmatenost – dezorientace, nejprve v čase, následně i v situacích a osobách, typické je rovněž kolísání příznaků s lucidními denními intervaly a horšícími se příznaky k večeru a v noci. Spánek je rušen živými až děsivými sny. U plně rozvinutého deliria jsou přítomny iluze, halucinace obvykle zrakové, poruchy myšlení s nesystematickými, měnlivými bludy bez náhledu, poruchy chování, často dominuje agitovanost, neklid, agresivita, které kolísají a mohou vzájemně nepředvídatelně alternovat s hypoaktivitou až apatií. Delirium se může projevovat jako hyperaktivní stav se zvýšenou bdělostí, psychomotorickou aktivitou, agitovaností, s výraznými autonomními a dalšími psychickými příznaky. Takový průběh je typický pro deliria u odvykacích stavů, případně při intoxikaci. Tito pacienti jsou časně diagnostikováni, léčeni a jejich prognóza je uváděna jako příznivější. U řady nemocných se delirium

manifestuje jako hypoaktivní stav se sníženou bdělostí a psychomotorickou aktivitou. Nemocní většinou nevyžadují pozornost a tím se výrazně zhoršuje prognóza onemocnění. Právě tato forma nabádá k aktivní diagnostice zvláště u pacientů hospitalizovaných na JIP a ARO. U dalších pacientů jde o smíšený typ s fluktuací mezi uvedenými dvěma stavy (Špatenková: In Ševčík a kol., 2014).

Součástí deliria jsou i tělesné příznaky, projevující se ve dvou rovinách: k vegetativním příznakům patří tachykardie, kolísající krevní tlak, zvýšení tělesné teploty, mydriáza, nauzea, vomitus. K neurologickým příznakům patří tremor, ataxie, dysartrie, dysgrafie, agnózie, afázie, myoklonus a epileptické záchvaty. Trvání deliria je různé a závisí na vyvolávající příčině a celkovém stavu organismu. V průběhu deliria může dojít k četným komplikacím – pády z lůžka s následným poraněním, narušení lékařské péče agitovaností - extubace, odstranění katétrů, monitorovacích čidel, interní komplikace, aspirace, aspirační pneumonie, zástava dechu, srdeční arytmie, dekubity, sepse atd. Pro diagnostiku a hodnocení deliria je v literatuře citováno a validizováno několik hodnotících škál, kde se hodnotí úroveň vědomí, pozornost, orientovanost, psychotické příznaky, psychomotorické příznaky, nepřiměřenost řeči a nálady, porucha cyklu spánku a bdění atd. (Raboch, Pavlovský a kol., 2012).

Výhodným nástrojem k diagnostice delirantních stavů je screeningová škála CAM-ICU (Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit), která je standardizována pro použití na jednotkách intenzivní péče a napomáhá k odlišení deliria od demence, schizofrenie i deprese (Pilch, 2011).

Delirium je diagnostikováno ve dvou rovinách. První je diagnóza symptomatická, která vychází z objektivního vyšetření a ve druhé rovině je nutné pátrat po možné somatické příčině. Nezbytný postup při diagnóze je komplexní tělesné vyšetření včetně neurologického, základní psychiatrické vyšetření, objektivní zprávy (pohovor s příbuznými, praktickým lékařem, dostupná dokumentace), laboratorní a další speciální vyšetření dle charakteru klinického obrazu a výsledků základních vyšetření (Raboch, Pavlovský a kol., 2012).

Delirium má často multifaktoriální etiologii a vyžaduje komplexní přístup, na kterém se podílejí různí specialisté (intenzivista, internista, neurolog, psychiatr, ošetřující personál a nakonec i rodina nemocného (Raboch, Pavlovský a kol., 2012).

Seifertová a kol. (2008) shrnuje pět základních aspektů, které zahrnuje léčba deliria:

Eliminace a korekce vyvolávající příčiny – tento bod je v léčbě deliria prioritní, jde o léčbu vyvolávající příčiny tam, kde je možná;

Péče o celkový tělesný stav – jde o řadu položek, které mohou významně ovlivnit vznik rozvoj deliria. Patří k nim sledování a zajištění jeho bezpečnosti, péče o vnitřní prostředí – hydratace, výživa, zajištění vitálních funkcí, prevence retence moči a stolice, léčba bolesti, úzkosti, deprese, včasná mobilizace, stabilizace chronických onemocnění, optimalizace farmakoterapie;

Úprava environmentálních podmínek – prostředí musí být pro pacienta bezpečné a mělo by přispívat k jeho zklidnění. K obecným zásadám patří – klidné pečující prostředí, minimalizace okolního hluku, mírné noční osvětlení, informace o čase, časté návštěvy příbuzných, s pacienty mluvíme jednoduše a srozumitelně, snažíme se je zklidnit, navodit pocit bezpečí, nevyvracíme jim případné bludy či halucinace. Pouze v krajních případech nezvládnutelný neklid s agresivitou saháme po restriktivních opatřeních – fyzické omezení pro zajištění bezpečnosti pacienta a jeho okolí. Používáme je jen na nezbytně nutnou dobu se zajištěním nepřetržitého dohledu na nemocného;

Symptomatická a podpůrná léčba – patří k léčbě agitovanosti a neklidu, které mohou přejít k agresivnímu chování, kdy je nemocný nebezpečný sobě i okolí. Léky se podávají frakcionovaně, v nejnižších účinných dávkách. Standardně se používají léky ze skupiny antipsychotik, benzodiazepiny. U odvykacího stavu po odejmutí alkoholu s deliriem je zásadně důležité doplnit vitaminy B1, minerály- hořčík, draslík, glukózu a tekutiny;

Psychoterapie a edukaci pacienta a jeho rodinných příslušníků – snažíme se citlivě vysvětlit příčiny, příznaky a zážitky z proběhlého deliria. Cílem je těmto projevům porozumět, zabránit pocitům viny a zlepšit integraci pacienta do původního prostředí.

1.2.2 Delirium tremens

Podle Seifertové a kol. (2008) se pravděpodobnost rozvoje deliria tremens při náhlém přerušení pití zvyšuje u pacientů s dlouhodobým, každodenním a masivním příjmem alkoholu a u pacientů s prodělaným deliriem nebo epileptickými záchvaty alkoholové etiologie v anamnéze.

„Delirium tremens volně přeloženo „šílenství s třesem“ nebo též alkoholové delirium je život ohrožující stav, který vzniká u alkoholiků po přerušení užívání alkoholu“ (Praško, 2007, str. 67).

Delirium tremens se vyskytuje nejčastěji u pacientů mezi 30. a 50. rokem věku, ale v poslední době se setkáváme se stále mladšími pacienty s touto poruchou. Delirium tremens je nejtěžším stadiem abstinčního syndromu. Rozvíjí se typicky 48 – 72 hodin po přerušení nebo podstatné redukci příjmu alkoholu, ale může propuknout i 7 – 10 dní po přerušení konzumace alkoholu. Rozvoji deliria předchází mírnější projevy odvykacího stavu (predelirantní stav), s tachykardií, pocením, úzkostí, podrážděností, neklidem, nespavostí, děsivými sny, třesem končetin, které se objevují již několik hodin po přerušení pití. Po těchto prodromech nejčastěji v noci přichází masivní, především zrakové halucinace a stav dezorientace časem a místem. Objevují se typické vidiny lidských postav nebo malých zvířat. Sluchové halucinace a iluze jsou méně časté, bývají velice nepříjemné – pacienti slyší hlasy, které jim vyhrožují. Stupňuje se úzkost a agitovaný neklid, strach se může vystupňovat v agresi nebo sebevraždu. Typický je kolísavý průběh se zhoršováním příznaků v noci. Somatické příznaky zahrnují bohatou vegetativní symptomatologii – tachykardie, hypertenze, febrilie, tachypnoe, návaly horka a pocení, nauzeu, zvracení, dále hrubý třes, a ataxii. Delirium trvá obvykle 3 – 6 dní a je zakončeno hlubokým spánkem. Klinický obraz dokreslují laboratorní a fyzikální známky orgánového poškození alkoholem – zvýšená hladina CDT (karboxyhydrát deficiční transferin), elevace GMT (gama-glutamyl transferázy), MCV (střední objem erytrocytů), ALT (alanin-amino-transferáza), ALP (alkalická fosfatáza), ikterus, pavoučkové névy, četné hematomy, dehydratace nebo otoky, ascites, malnutrice, příznaky polyneuropatie. Je třeba aktivně pátrat po známkách úrazu hlavy,

všimnout si stavu vědomí, zápachu dechu, hydratace, kožních změn a krvácivých projevů, posoudit stav dýchání, a oběhu, vyloučit náhlou příhodu břišní, retenci moči a melénu, provést orientační neurologické vyšetření. Vždy je nutné provést základní biochemické a hematologické vyšetření, toxikologické vyšetření moče, vyšetření EKG, RTG plic při podezření na úraz hlavy či krvácení provést CT mozku (Seifertová a kol., 2008).

Vedle odvykacího stavu se můžeme u jedinců závislých na alkoholu setkat i s deliriem vzniklým v průběhu pití (intoxikační – kontinuální delirium) nebo při závažných somatických chorobách, které často závislost na alkoholu provázejí (symptomatické - příležitostné delirium). Nejčastěji se symptomatickým deliriem můžeme setkat u závažných alkoholických hepatopatií (cirhóza, hepatitis alkoholica, jaterní selhání), po opakovaných úrazech hlavy a krvácení do CNS, u závažných gastrointestinálních onemocnění (vředová choroba, gastritis, krvácení z trávicího traktu), u akutní i chronické pankreatitis, při pneumonii, při alkoholické kardiomyopatii, a u pacientů s malnutricí a minerálovým rozvratem. Tyto stavy zároveň zvyšují riziko vzniku deliria jako komplikace odvykacího stavu, modifikují jeho průběh a zásadně zvyšují riziko úmrtí (Raboch, Pavlovský a kol., 2012).

V průběhu deliria je pacient ohrožen úrazu při pádu, infekčními komplikacemi, krvácením do trávicího traktu, jaterním selháním, poruchami elektrolytového hospodářství acidobazické rovnováhy, respiračním nebo oběhovým selháním, edémem mozku atd. Pacient může být v důsledku neklidu a agresivity nebezpečný i pro své okolí. Léčba deliria tremens zahrnuje přiměřené farmakologické tlumení neklidu a vegetativní hyperaktivity, substituci minerálů, tekutin a vitamínů. U lehčích nekomplikovaných delirií je léčba možná na běžných detoxikačních jednotkách nebo psychiatrických odděleních za spolupráce psychiatra a internisty. Léčba těžkých delirií a delirií pacientů se závažnými somatickými komplikacemi patří jednoznačně na jednotku intenzivní péče s možností trvalé monitorace, umělé plicní ventilace a dostupnosti pomocných diagnostických metod. Po zvládnutí odvykacího stavu a obnovení kvalitního kontaktu s pacientem je třeba pacienta motivovat, nejlépe za spolupráce s jeho rodinou, k odvykací léčbě (Zadák, Havel a kol., 2007).

1.2.3 Klinické stavy spojené s delíriem

S delíriem se pojí následující důležité klinické stavy:

Akutní intoxikace s delíriem - jde o přechodný stav po požití alkoholu nebo jiné psychoaktivní látky, vedoucí k poruchám na úrovni vědomí, poznávání, vnímání, emotivity či chování, nebo jiných psychofyzilogických funkcí a reakcí. Akutní intoxikace je obvykle přímo úměrná výši dávky, výjimku mohou tvořit jedinci s určitými organickými nemocemi (ledvinová nebo jaterní insuficience), kde už malé dávky mohou mít neúměrně velký toxický účinek;

Toxické psychózy - často probíhají pod obrazem deliria, proto jedním z prvních kroků k diferenciální diagnostice je odběr krve a moči na toxikologické vyšetření, anamnéza;

Demence s nasedajícími deliciózními stavy - demence je syndrom, jehož příčinou mohou být různé faktory, Charakteristické je globální postižení kognitivních funkcí při zachování jasného vědomí;

Wernickeova encefalopatie - jde o charakteristické poškození mozku následkem deficitu thiaminu (vitaminu B1), nejčastěji při těžkém alkoholismu s podvýživou, zřídka při chorobách GIT s malabsorpcí. Mívá akutní, subakutní i chronický vývoj.

Včasným rozpoznáním nastupujícího deliria lze předejít zhoršování stavu a zmírnit zátěž, kterou delirium pro pacienta i personál představuje. Velmi důležitým faktorem je znalost pacienta, jeho anamnézy i současných projevů a chování. Zde má významnou roli sestra, která má možnost být s pacientem v častém a pravidelném kontaktu a může si nejdříve všimnout jemných změn. Zachycení signálů začínajícího deliria však také závisí na tom, nakolik personál s možností výskytu takového stavu počítá, zda zná příznaky delirantního stavu a zda jejich výskyt systematicky sleduje. Ošetrovatelská péče o pacienty v deliriu je vysoce náročná a vyžaduje profesionalitu, trpělivost a komunikační dovednosti (Marková Eva a kol., 2006).

1.3 Fyzické omezení a omezovací prostředky

Zvýšené psychomotorické tempo a neklid, případně až agresivní chování patří k nejnápadnějším symptomům deliria, a proto lze, po vyčerpání všech ostatních možností, ke zklidnění použít omezovací prostředky (Tomáš Petr a kolektiv, 2012).

Omezovací prostředky jsou podle Duška (2010) terapeutická a preventivní opatření, která omezují volný pohyb a jednání pacienta. Znamenají zásah do lidských práv a důstojnosti. Mohou být použity jako krajní řešení ohrožující situace při neklidu a agresivitě pacienta po vyčerpání všech nerestriktivních opatření.

Používání omezovacích prostředků zákon č. 372/2011 Sb. reguluje tak, že stanoví výčet možných způsobů omezení - úchopy, ochranné pásy nebo kurty, síťové lůžko, umístění ve zvláštní místnosti určené k bezpečnému pohybu, ochranný kabátek nebo vestu zamezující pohybu končetin pacienta, psychofarmaka, popřípadě jiné léčivé přípravky podávané parenterálně, které jsou vhodné k omezení volného pohybu pacienta při poskytování zdravotních služeb, pokud se nejedná o léčbu na žádost pacienta nebo soustavou léčbu psychiatrické poruchy a kombinace uvedených omezovacích prostředků.

Důvodem fyzického omezení jsou nejčastěji závažné projevy psychomotorického neklidu ohrožujícího okolí, autoagresivní projevy s bezprostředním rizikem sebepoškození. Smyslem fyzického omezení je zabránit nemocnému v sebepoškození a v ohrožení druhých osob a v poškození věcí (Zákon o zdravotních službách č. 372/2011 Sb.).

Použití omezovacích prostředků je vážným zásahem do osobní svobody jedince, proto je vždy velmi důležité řádně dokumentovat indikaci a průběh omezení ve zdravotnické dokumentaci. Záznam by měl obsahovat: záznam o indikaci omezení, včetně specifikace druhu, důvodu a účelu omezení a stanovení intervalu kontrol a jejich rozsahu, čas zahájení a ukončení použití omezovacího prostředku, záznamy o průběžném hodnocení trvání důvodu použití omezovacího prostředku, záznamy o průběžném hodnocení zdravotního stavu pacienta v průběhu omezení a v případě výskytu komplikací jejich popis, jméno a příjmení zdravotnického pracovníka, který

indikoval použití omezovacího prostředku, jméno a příjmení lékaře, který byl o použití omezovacího prostředku informován a v případě, že použití neindikoval lékař, záznam o vyhodnocení odůvodnění omezení, času, kdy indikaci potvrdil (Zákon č. 98/2012 Sb. o zdravotnické dokumentaci).

Po celou dobu omezení v lůžku je pacientovi věnována zvýšená péče, je průběžně sledován. Sledování je zaměřeno na projevy nemocného, stav vědomí a stav prokrvení fixovaných končetin. Pozornost je také věnována stavu dýchacích cest (zahlenění, riziku aspirace). Komplexní ošetrovatelská péče musí podle Markové (2005) zahrnovat intervence v následujících oblastech:

Péče o hydrataci – minimální příjem 2 l denně;

Péče o vyprazdňování – sledovat vylučování moči a stolice;

Péče o hygienu - péče o dutinu ústní, celková koupel, výměna prádla, úprava lůžka;

Prevence dekubitů – antidekubitní matrace, vypodložení rizikových míst, péče o kůži;

Prevence negativních důsledků z omezení končetin – správné přiložení a vypodložení popruhů, pravidelné kontroly prokrvení končetin;

Minimalizace psychické zátěže pacienta – dostupnost ošetrovatelského personálu, zajištění pocitu bezpečí.

Zdravotnické zařízení by mělo mít vnitřní předpis o používání omezovacích opatření a ve kterém jsou stanoveny jak povinnosti lékaře, tak ošetrovatelského personálu.

Zákon č. 98/2012 Sb. stanovuje, že poskytovatel zdravotní péče je povinen zajistit, aby pacient, u kterého je omezovací prostředek použit, byl s ohledem na jeho zdravotní stav srozumitelně informován o důvodech použití omezovacího prostředku, zákonný zástupce nebo opatrovník pacienta byl o použití omezovacích prostředků bez zbytečného odkladu informován a sdělení zákonnému zástupci pacienta se zaznamená do zdravotnické dokumentace vedené o pacientovi, záznam podepíše zdravotnický pracovník a zákonný zástupce nebo opatrovník. Pacient po dobu použití omezovacího prostředku má být pod dohledem zdravotnických pracovníků a dohled musí odpovídat závažnosti zdravotního stavu pacienta a zároveň musí být přijata taková opatření, která zabrání poškození zdraví pacienta. Použití omezovacího prostředku má indikovat vždy lékař, jen ve výjimečných případech, vyžadujících neodkladné řešení,

může použití omezovacích prostředků indikovat i jiný zdravotnický pracovník nelékařského povolání, který je přítomen, ale lékař musí být o takovém použití omezovacího prostředku neprodleně informován a musí potvrdit odůvodněnost omezení. Každé použití omezovacího prostředku musí být zaznamenáno do zdravotnické dokumentace vedené o pacientovi.

1.4 Vědomí

Ševčík a kol. (2014) uvádí, že obsah našeho vědomí se stále mění, neboť je tvořeno okamžitými vjemy, myšlenkami, pocity. Základem uvědomování si sebe sama je pocit vlastního těla, jeho aktivní orientace v prostoru a ověřování si vlastní podoby. „*Vědomí je stav, kdy jedinec si plně uvědomuje sebe sama i své okolí, je schopen jednat podle své vůle a adekvátně reaguje na vnitřní a vnější podněty. Vědomí je vázáno na správnou činnost ascendentního retikulárního aktivačního systému (ARAS), na normální kognitivní funkce a na správnou funkci mozkové kůry.*“ (Špaténková: In Ševčík a kol., 2014, s. 450).

Praško (2011) říká, že vědomí má dvě základní modalities: vigilita (bdělost) určuje stupeň schopnosti reagovat na podněty prostředí a vyžaduje integritu ARAS s kůrou mozkových hemisfér a lucidita (jasnost) určuje kvalitu a obsah bdělého stavu, nezbytná je interakce mezi ARAS a kůrou mozku. Jedinec je bdělý a správně si uvědomuje a vnímá sebe a své okolí. Změny těchto stavů označujeme jako poruchy vědomí a rozdělujeme je na dva základní typy: kvantitativní poruchy vědomí, kdy je porušena bdělost a kvalitativní poruchy vědomí, které postihuje luciditu.

1.4.1 Kvantitativní poruchy vědomí

Ke kvantitativním poruchám vědomí patří synkopa, somnolence, sopor, kóma. Synkopa je krátkodobé bezvědomí způsobené přechodnou hypoxií mozku, která může

být vyvolána reflexně, na podkladě náhlé emoce nebo náhlým poklesem tlaku krve z nejrůznějších somatických příčin (Raboč, Pavlovský a kol., 2012).

Seifertová a kol. (2008) charakterizuje somnolenci zvýšenou spavostí. Nemocný je probuditelný zvukovým, slovním nebo dotykovým podnětem, je schopen slovního kontaktu, odpovídá pomalu, převážně v holých větech nebo jednoslovně. Vyhoví jednoduchým výzvám, rychle se unaví a není – li stimulován podněty, brzy upadá do stavu připomínajícího spánek. Sopor je stav, kdy nemocný není probuditelný běžným oslovením ani hlasitou slovní výzvou. Jsou zachovány pouze mimické reakce na bolestivý podnět, cílené obranné pohyby horních končetin, necílené nebo únikové pohyby končetin jako reakce na zevní podnět. Kóma je nejzávažnější stav bezvědomí. Zpočátku lze bolestivými stimuly vyvolat nebo zvýraznit charakteristické a stereotypní reakce trupu a končetin a abnormální flexí nebo extenzí, nazývané dekortikační nebo decerebrační reakce. Při hlubokém kómatu vymizí motorická aktivita, dochází ke změnám pulzu a dechu, je zachován kašlací reflex a zvracivé pohyby například při manipulaci s endotracheální kanylou. Areaktivní kóma, jak již sám název napovídá, znamená absenci jakékoli reakce. Příčinou kvantitativních poruch vědomí mohou být léze strukturální, anoxické nebo toxicko-metabolické. Strukturální léze vedou k poruše vědomí přímou lézí části mozkového kmene vzniklou hypoperfuzí, hypoxií, edémem mozku, zánětem nebo akutním hydrocefalem a příčinami jsou zpravidla cévní mozková příhoda, neuroinfekce, mozkové nádory, kraniotraumata. Nejčastějšími příčinami metabolické a toxické léze jsou intoxikace (alkohol, opiody, benzodiazepiny, barbituráty, hypnotika, anestetika, oxid uhelnatý, houby, těžké kovy), metabolické příčiny (poruchy acidobazické rovnováhy, hypotermie, hypertermie, uremická a jaterní encefalopatie, deficit koenzymů) a endokrinopatie (hypothyreóza). Dalšími příčinami jsou difuzní hypoxie různé etiologie (kardiální, respirační, hypertenzní encefalopatie, eklampsie. Zornice jsou většinou symetrické s výbavnou fotoreakcí. Časté jsou bloudivé pohyby bulbů, střídání mydriázy a miózy zornic a mimovolné pohyby končetin.

1.4.2 Kvalitativní poruchy vědomí

Kvalitativní poruchy vědomí definuje Ševčík a kol. (2014) jako stav, kdy není postížena vigilita, ale obsah a kvalita vědomí. Klinicky se projevuje amentními a delirantními stavy. Ústřední symptomem je porucha pozornosti a všípivosti. Dalšími příznaky jsou poruchy myšlení a jednání, porucha paměti, emotivity, psychomotoriky, narušení cyklu spánku a bdění, poruchy chování i somatické příznaky s neurologickými projevy (agnózie, afázie, tremor, epileptické záchvaty) a vegetativní dysfunkcí. Podle intenzity příznaků může kvalitativní porucha vědomí kolísat od lehké poruchy až po těžký stav. V zásadě mohou všechny nemoci, které působí kvantitativní poruchy vědomí, vést také ke kvalitativní poruše vědomí. Typickým obrazem je delirium po odnětí alkoholu a některých léků či drog u závislých osob nebo při akutní intoxikaci.

Kvalitativní změny vědomí probíhají pod klinickým obrazem obluzeného vědomí nebo mráкотného stavu. Stav obluzeného vědomí – delirium patří do okruhu symptomatických psychóz, neboť jde zpravidla o komplikaci závažného somatického postižení včetně úrazů, intoxikací nebo odvykacích stavů. Mráкотný stav – obnubilace se řadí k záchvatovitým stavům. Začíná a končí během okamžiku, klinický obraz bývá pestrý, může jít o psychotickou poruchu s neklidem, halucinacemi, bludnými nápady nebo o automatickou formu, kdy se postižený jedinec chová zdánlivě nenápadně, vše vykonává automaticky, se strnulým pohledem, nápadná bývá bledost obličeje. Mráкотný stav se vyskytuje nejčastěji v průběhu epilepsie, někdy k němu dojde v důsledku hypoglykémie, intoxikace, hladovění nebo úžehu. Psychogenně navozený mráкотný stav, který vzniká v tíživé životní situaci – Ganserův syndrom, se projevuje například dětinským šišláním, nehoráznými odpověďmi, výpadky vzpomínek na základní životní údaje (Raboch, Pavlovský a kol., 2012).

1.4.3 Hodnocení stupně poruchy vědomí

Dělení kvantitativní poruchy vědomí na somnolenci, sopor a kóma je velmi zjednodušené. K přesnějšímu zhodnocení je nezbytné skórování stupně bezvědomí. Pro klinickou praxi je nejvýhodnější škálou Glasgow Coma Scale (GCS), která hodnotí stupeň poruchy vědomí podle otvírání očí, slovní a motorické odpovědi na standardní nociceptivní podněty. Nejvyšší počet bodů je 15 odpovídá normálnímu stavu vědomí, nejnižší počet 3 body značí hluboké kóma. Hodnocení GCS je značně ztíženo či znemožněno je-li pacient tlumen, relaxován, intubován nebo má-li těžkou poruchu řeči, proto spolu s bodovým určením stupně poruchy vědomí je důležité i slovní vyjádření (Ševčík a kol., 2014).

2 Cíle práce a výzkumné otázky

2.1 Cíle práce

1. Zjistit, s jakou problematikou se sestry setkávají při ošetřování pacientů s deliriem tremens.
2. Zmapovat specifika ošetrovatelské péče o pacienty s deliriem tremens.

2.2 Výzkumné otázky

1. S jakou problematikou se sestry setkávají při ošetřování pacientů s deliriem tremens?
2. Jaká jsou specifika ošetrovatelské péče o pacienty s deliriem tremens?

3 Metodika práce

3.1 Použité metody

Ke zpracování bakalářské práce byla zvolena metoda kvalitativního výzkumu. Ke sběru dat byla zvolena technika polostrukturovaného hloubkového rozhovoru a kazuistika. Průzkumné šetření bylo realizováno v Nemocnici Tábor a.s. na odděleních intenzivní péče a anesteziologicko – resuscitačním a bylo uskutečněno na základě žádosti (Příloha 1) se svolením hlavní sestry (Příloha 2). Pro případovou studii byl vybrán pacient s diagnózou delirium tremens hospitalizovaný na anesteziologicko - resuscitačním oddělení po dobu tří dnů. Případová studie byla zpracována se souhlasem vrchní sestry z anesteziologicko – resuscitačního oddělení a k poskytnutí rozhovorů daly souhlas respondentky. Sběr dat probíhal v období od 1. 3. 2016 do 31. 3. 2016.

3.2 Postup při analýze rozhovorů se sestrami

V rozhovoru bylo sestrám položeno deset otázek, jejichž seznam je uveden v příloze 3. Během rozhovoru byly otázky doplňovány o další podotázky. Poskytnutí rozhovoru bylo pro sestry anonymní a dobrovolné. Všechny rozhovory byly zaznamenány písemně a poté byly formou nepřímého přepisu zpracovány v počítačovém programu Microsoft Word 2010. Přepsané rozhovory byly nahrány na kompaktní disk, který je součástí bakalářské práce (Příloha 4).

K analýze rozhovoru byla zvolena metoda otevřeného kódování. Osmi dotazovaným sestrám bylo přiděleno číslo od jedné do osmi. V přepsaném rozhovoru byly poté označeny čísla řádky s odpověďmi respondentek, což umožňuje provést odkaz na každý očíslovaný řádek. Pokud je tedy například zpracována sestra 5, která odpověděla na otázku v řádku 10, je kódem pro zapsání 5/10. Metodou „papír a tužka“ byly v textu zvýrazněny důležité informace a zároveň vytvořeny kódy, které jsou uvedeny v příloze č. 5. Technikou „vyložení karet“ byly z vytvořených kódů sestaveny

čtyři kategorie – delirium tremens, ošetrovatelská péče o pacienta s deliriem tremens, omezovací prostředky a zdroje informací sester o problematice ošetrovatelské péče u pacienta s deliriem tremens. Tyto kategorie byly rozšířeny o podkategorie (Příloha 5). Kategorie Delirium tremens byla rozdělena na čtyři podkategorie - Delirium tremens z pohledu sester, Příčiny vzniku deliria tremens dle názoru sester, Charakteristika pacienta s deliriem tremens dle sester, Četnost hospitalizovaných pacientů s deliriem tremens v intenzivní péči. Kategorie Ošetrovatelská péče byla rozšířena o čtyři podkategorie - Potřeby pacientů s deliriem tremens, které sestry považují za nejdůležitější, Specifika ošetrovatelské péče u pacientů s deliriem tremens z pohledu sester, Problémy ošetrovatelské péče u pacienta s deliriem tremens z pohledu sester, Činnosti sester, které jim pomáhají zvládnout problémy ošetrovatelské péče u pacientů s deliriem tremens. Kategorie Omezovací prostředky byla rozdělena na tři podkategorie - Druhy omezovacích prostředků, které sestry používají v praxi, Četnost používání omezovacích prostředků u pacientů s deliriem tremens a jejich druhy, Specifika zdravotnické dokumentace při použití omezovacích prostředků.

3.2.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor byl tvořen osmi sestrami, které byly vybrány záměrně a splňovaly podmínku práce v intenzivní péči a setkání s pacientem s deliriem tremens. Rozhovor byl veden se sestrami z metabolické a chirurgické jednotky intenzivní péče a z oddělení anesteziologicko – resuscitačního z Nemocnice Tábor a.s. Osloveno bylo celkem deset sester, jedna sestra nemohla rozhovor uskutečnit pro nemoc a jedna sestra odmítla rozhovor z osobních důvodů. Sedm rozhovorů bylo vedeno na pracovišti sester a jeden v domácím prostředí.

V rozhovoru bylo sestřám položeno deset otázek, jejichž seznam je uveden v příloze č. Během rozhovoru byly otázky doplňovány o další podotázky. Poskytnutí rozhovoru bylo pro sestry anonymní a dobrovolné. Všechny rozhovory byly zaznamenány písemně a poté byly formou nepřímého přepisu zpracovány v počítačovém programu Microsoft Word 2010. Přepsané rozhovory byly nahrány na kompaktní disk, který je součástí bakalářské práce (Příloha 4).

4 Výsledky výzkumného šetření

4.1 Základní identifikační údaje respondentů

V úvodu rozhovoru byly sestřám položeny otázky pro zjištění identifikačních údajů, které jsou uvedeny v tabulce 1. Nejnižší věk dotazované sestry byl 35 let a nejvyšší 53 let. Délka praxe celkem byla uvedena nejkratší doba 15 let a nejdelší 33 let. Pět sester pracuje na anesteziologicko – resuscitačním oddělení, dvě sestry na metabolické jednotce intenzivní péče a jedna sestra na chirurgické jednotce intenzivní péče. Nejkratší doba praxe na aktuálním oddělení byla 3 roky a nejdelší 25 let. Nejvyšší dosažené vzdělání uvedly dvě sestry ukončené magisterské studium, dvě sestry bakalářské a čtyři sestry středoškolské studium s následnou specializací ARIP – ošetrovatelská péče v anesteziologii, resuscitaci a intenzivní péči.

Tabulka 1.: Základní identifikační údaje dotazovaných sester/respondentů

Respondent	Věk	Délka praxe celkem v rocích	Pracoviště	Délka praxe na daném oddělení v rocích	Vzdělání
Sestra 1	35 let	15	ARO	8	SZŠ + ARIP
Sestra 2	37 let	19	JIP metabolická	3	Mgr.
Sestra 3	39 let	20	JIP chirurgická	10	SZŠ + ARIP
Sestra 4	38 let	20	ARO	20	Bc.
Sestra 5	41 let	20	ARO	20	Mgr.
Sestra 6	46 let	21	ARO	21	SZŠ + ARIP
Sestra 7	53 let	29	JIP metabolická	12	SZŠ + ARIP
Sestra 8	52 let	33	ARO	25	Bc.

4.2 Kategorizace a analýza výsledků z rozhovorů

Výsledky rozhovorů byly rozděleny do jednotlivých kategorií, kdy první tři kategorie byly členěny na podkategorie.

Kategorie – Delirium tremens

Kategorie Delirium tremens mapuje příčiny vzniku deliria tremens, charakteristiku a pohlaví pacientů s deliriem tremens a četnost jejich hospitalizací na jednotkách intenzivní péče. Bylo vytvořeno pět podkategorií: Delirium tremens z pohledu sester, Příčiny vzniku deliria tremens dle názoru sester, Charakteristika pacienta s deliriem tremens dle sester, Četnost hospitalizovaných pacientů s deliriem tremens v intenzivní péči.

Podkategorie – Delirium tremens z pohledu sester

U podkategorie Co je delirium tremens dle názoru sester uvedlo pět sester, že sjedná o poruchu vědomí (S1,S4,S5,S6 a S8), kdy sestra 6 specifikovala delirium tremens jako kvalitativní poruchu vědomí. Čtyři sestry uvedly, že delirium tremens je abstinenční příznak (S2,S3,S6 a S7) a tři sestry tuto otázku doplnily tvrzením, že se jedná o život ohrožující stav (S5,S6,S8). „*Je to život ohrožující stav, kdy dochází k poruše vědomí*“(S5/3).

V rámci této kategorie sestry uváděly, jakého pohlaví byli pacienti s diagnózou delirium tremens. Sedm sester uvedlo, že všichni hospitalizovaní s diagnózou delirium tremens byli muži (S1 – S6, S8) a sestra 7 řekla, že jeden z hospitalizovaných pacientů s deliriem tremens byla žena. „*Jedna žena, jinak všichni byli muži*“ (S7/2).

Podkategorie – Příčiny vzniku deliria tremens dle názoru sester

V podkategorii Příčiny vzniku deliria tremens dle názoru sester, byly sestry vyzvány, aby uvedly příčiny, které podle nich vedou ke vzniku deliria tremens. Dvě sestry uvedly, že delirium tremens vzniká při abstinenci u alkoholiků (S1, S7). Přerušeni a vysazení alkoholu u závislých na alkoholu považují za hlavní příčinu tři sestry (S3, S8, S5). „*Vzniká u alkoholiků s plně rozvinutou závislostí po přerušeni užívání alkoholu*“ (S8/3,4). Sestra 2 označila jako příčinu vzniku deliria tremens nedostatek alkoholu při alkoholismu a sestra 4 označila, že takovému člověku chybí obvyklá dávka alkoholu při jeho nadměrném užívání.

Podkategorie - Charakteristika pacienta s deliriem tremens

V podkategorii Charakteristika pacienta s deliriem tremens sestry charakterizovaly pacienta jako agresivního (S1 – S5), dezorientovaného a zmateného (S1,S2,S4,S6 – S8), neklidného (S2 a S7), agitovaného (S7 a S8), nervózního (S2), nespolupracujícího (S5) a úzkostného (S6 a S8). Jako charakteristické příznaky deliria tremens uvedly sestry nespavost a poruchu cyklu spánek – bdění (S6 a S7), tremor (S7 a S8), tachykardii (S6 a S8), tachypnoe (S8), zvýšené pocení (S6), poruchu vnímání (S7), blouznění (S5) a halucinace (S1,S7 a S8), poruchy psychomotoriky (S8), tonicko –

klonické křeče (S7) a epileptické záchvaty (S8). „*Takový pacient je většinou úzkostný, trpí nespavostí, má tachykardii, je zmatený a agresivní a je opoceny. Jsou u něj ohroženy základní životní funkce*“ (S6/5,6).

Podkategorie - Četnost hospitalizovaných pacientů s deliriem tremens v intenzivní péči

V podkategorii Četnost hospitalizovaných pacientů s deliriem tremens v intenzivní péči sestry uváděly, jak často se setkávají s pacienty s diagnózou delirium tremens. Všechny sestry uvedly, že se s pacienty s deliriem tremens setkaly během své praxe. Nejčastěji jsou hospitalizováni na oddělení, kde pracuje sestra 2, která uvedla četnost hospitalizace těchto pacientů jednou za měsíc. „*Asi jeden pacient měsíčně s touto diagnózou je u nás hospitalizován*“ (S2/1). Sestra 7 se s pacienty s deliriem tremens setkává pětkrát za rok. Dvě sestry uvedly, že se s pacienty s deliriem tremens setkávají asi čtyřikrát za rok (S3,S4) a další dvě sestry třikrát za rok (S1,S6). Sestra 8 řekla, že se s pacientem s deliriem tremens setkává asi dvakrát ročně a sestra 5 uvedla, že pacient s deliriem tremens je na oddělení, kde ona pracuje, hospitalizován asi jedenkrát ročně.

Kategorie – Ošetřovatelská péče o pacienta s deliriem tremens

Kategorie ošetřovatelská péče o pacienta s deliriem tremens se zabývá nejvýznamnějšími potřebami pacientů s deliriem tremens hospitalizovaných na jednotkách intenzivní péče, specifikami ošetřovatelské péče, se kterými se sestry u pacientů s deliriem tremens setkávají, na problémy v ošetřovatelské péči a na činnosti a intervence, které jim případné problémy pomáhají řešit. Tato kategorie byla rozdělena na čtyři podkategorie: Potřeby pacientů s deliriem tremens, které sestry považují za nejdůležitější, Specifika ošetřovatelské péče u pacientů s deliriem tremens z pohledu sester, Problémy ošetřovatelské péče u pacienta s deliriem tremens z pohledu sester a Činnosti sester, které jim pomáhají zvládnout problémy ošetřovatelské péče u pacientů s deliriem tremens.

Podkategorie - Potřeby pacientů s deliriem tremens, které sestry považují za nejdůležitější

V podkategorii Potřeby pacientů s deliriem tremens, které sestry považují za nejdůležitější uvedlo sedm sester, že za nejdůležitější potřebu považují zajištění pacientovo fyzického bezpečí (S1,S3 – S8). Sestra 5 a 8 udávají souhrnně základní fyziologické potřeby, z nichž čtyři sestry uvedly potřebu výživy a hydratace (S1,S4,S6 a S7), čtyři sestry zmínily potřebu vyprazdňování (S2,S4,S6,S7) a jedna sestra upozornila na potřebu spánku a odpočinku (S6). Tři sestry řekly, že je nutné zajistit pacientovi klid (S2 – S4). „Zajistit pacientovi psychický klid, protože ten je spojen i s fyzickým stavem. Dále zajistit vitální funkce, výživu, vyprazdňování a také zajistit pacientovo bezpečí“ (S4/12,13). Sestra 4 považuje za důležitou potřebu také zajištění vitálních funkcí a sestra 8 uvedla zmírnění případné bolesti.

Podkategorie - Specifika ošetrovatelské péče u pacientů s deliriem tremens z pohledu sester

V podkategorii Specifika ošetrovatelské péče u pacientů s deliriem tremens z pohledu sestry byly sestry dotazovány na co je, podle jejich zkušeností, nejvíce zaměřena ošetrovatelská péče u pacientů s deliriem tremens. Sedm sester uvedlo, že ošetrovatelská péče se zaměřuje na zajištění bezpečí pacienta (S1 – S6,S8). „Nejvíce se zaměřujeme na zajištění pacientova bezpečí, aby se mu během probíhajícího deliria tremens nic nestalo, aby například nespádl z lůžka“ (S2/5,6). Dvě sestry řekly, že je u pacienta nutný zvýšený dozor (S4,S7), aby neublížil sobě a ošetřujícímu personálu a aby nepoškodil přístrojové vybavení. „Celkově je u těchto pacientů ošetrovatelská péče velmi náročná. Je nutná monitorace vitálních funkcí, zvýšený dohled, aby pacient nepoškodil sám sebe, ošetřující personál nebo přístrojové vybavení, sledování bilance tekutin, zajištění hydratace a zamezit minerálové disbalanci, která mu hrozí“ (S7/8,9,10,11). Dále sestry uváděly zajištění základních životních funkcí (S6,S8) a jejich kontrolu a monitoraci (S1,S3,S4,S7). Do specifík ošetrovatelské péče zahrnuly čtyři sestry péči o hygienu (S1,S5,S6,S8) a pět sester uvedlo zajištění výživy a hydratace (S1,S5 – S8). Dvě sestry vidí jako specifikum ošetrovatelské péče použití

omezovacích prostředků (S2,3), k jejichž používání se vztahují další ošetrovatelské intervence. Sestra 1 se dále zaměřuje v ošetrovatelské péči o pacienta s deliriem tremens na antidekubitární péči, sestra 5 na péči o dýchací cesty u pacienta na umělé plicní ventilaci, sestra 6 na potlačení nevolnosti, úzkosti a bolesti. „*Péče je zaměřena na potlačení či odstranění projevů nemoci, je nutné zajistit základní životní funkce, potlačit nevolnost, úzkost a bolest. Zajistit výživu, vyprazdňování, hygienickou péči a jeho bezpečí*“ (S6/7,8,9). Sestra 8 uvádí, že důležitá v ošetrovatelské péči o pacienta s deliriem tremens je trpělivá komunikace.

Podkategorie - Problémy ošetrovatelské péče u pacienta s deliriem tremens z pohledu sester

V podkategorii Problémy ošetrovatelské péče u pacienta s deliriem tremens z pohledu sestry uvedly dvě sestry, že největší problém jim dělá „udržet“ pacienta v klidu (S3,S7). Pro sestru 1 a 2 je nejnáročnější při poskytování ošetrovatelské péče u pacienta s deliriem tremens komunikace s pacientem a pro sestru 8 je to jednání s pacientem. Sestra 2 vnímá jako problém psychicky zvládnout péči o pacienta s deliriem tremens a sestra 4 má při péči o pacienta s deliriem tremens obavu o své bezpečí. „*Při péči o pacienta s deliriem tremens mám především obavu o svou bezpečnost, jelikož je agresivní a to fyzicky i slovně*“ (S4/8,9). Sestra 6 udává jako nejnáročnější zvládnout nespolupráci pacienta s ošetrojícím personálem a pro sestru 5 je obtížné u pacienta s deliriem tremens zvládnout hygienickou péči. „*Pro mne je to provedení hygienické péče z důvodu agresivity a blouznění pacienta, který nespolupracuje*“ (S5/8,9).

Podkategorie - Činnosti sester, které jim pomáhají zvládnout problémy ošetrovatelské péče u pacientů s deliriem tremens

V podkategorii Činnosti sester, které jim pomáhají zvládnout problémy ošetrovatelské péče u pacientů s deliriem tremens byly sestry dotazovány na intervence a činnosti, které jim pomáhají zvládnout problémy v ošetrovatelské péči u pacientů s deliriem tremens. Čtyři sestry uvedly použití omezovacích prostředků

při problematickém poskytování ošetrovatelské péče u pacienta s deliriem tremens (S1,S3,S4,S7). Čtyři sestry řekly, že pacientovi poskytují dostatek informací o čase a místě (S1,S6-S8). „*Nejdříve se snažíme vše opakovat, upozorňovat nemocného na výkony, které mu budeme provádět, aby byl o všem informován. Ale to obvykle nestačí a pak přistupujeme k fyzickému omezení*“ (S1/9,10,11). Trpělivá komunikace a vysvětlování a upozorňování na ošetrovatelské výkony považují za vhodnou intervenci v péči o pacienta s deliriem tremens čtyři sestry (S1,S3,S6,S8). Dvě sestry se snaží zajistit pacientovi během hospitalizace klidné prostředí (S3,S8). Dvě sestry odpověděly dostatek světla (S7,S8). Ke zvládnutí ošetrovatelské péče u pacienta s deliriem tremens uvedly dvě sestry nutnost většího počtu ošetrovatelského a pomocného personálu (S4,S5). „*Hygienu u pacienta musí provádět více sester, minimálně dvě a ještě musí pomáhat sanitář*“ (S5/10,11).

Kategorie – Omezovací prostředky

Kategorie Omezovací prostředky mapuje zkušenosti sester s používáním omezovacích prostředků u pacientů s indikovaným fyzickým omezením. Zaměřuje se na druhy omezovacích prostředků, které sestry používají v praxi. Sestry byly dotazovány na četnost použití omezovacích prostředků a jejich druhy u pacientů s deliriem tremens. Sestry v této kategorii byly dále dotazovány na vedení dokumentace při použití omezovacích prostředků, kde sestry uváděly údaje, které do příslušné dokumentace zaznamenávají. Byly vytvořeny tři podkategorie: Druhy omezovacích prostředků, které sestry používají v praxi, Četnost používání omezovacích prostředků u pacientů s deliriem tremens a jejich druhy, Specifika zdravotnické dokumentace při použití omezovacích prostředků.

Podkategorie - Druhy omezovacích prostředků, které sestry používají v praxi

Podkategorie Druhy omezovacích prostředků, které sestry používají v praxi mapuje zkušenosti sester s fyzickým omezením pacientů, kdy sestry byly dotazovány na druhy omezovacích prostředků, které znají ze své praxe. „*Omezovací prostředky využíváme všeobecně ke zklidnění především agresivních pacientů, kdy se vždy jedná o jejich*

vlastní bezpečnost. Používáme nejčastěji kurty a farmaka“ (S1/15,16,17). Všech osm sester uvedlo zkušenost s používáním kurtů jako prostředkem k fyzickému omezení pacienta. Sedm sester řeklo, že k fyzickému omezení používají farmaka (S1 - S7). Čtyři sestry uvedly pod různými názvy (hand fix, achilony, návleky z pleteniny) používání fixace horních končetin (S4 – S6,S8). Využití úchopů k fyzickému omezení pacienta zmínily dvě sestry (S2,S3) a sestra 7 řekla, že používají pásy přes hrudník.

Podkategorie - Četnost používání omezovacích prostředků u pacientů s deliriem tremens a jejich druhy

V podkategorii Četnost používání omezovacích prostředků u pacientů s deliriem tremens a jejich druhy byly sestry nejprve dotazovány, zda používaly u pacientů s deliriem tremens omezovací prostředky. Všech osm sester řeklo, že u pacientů s diagnózou delirium tremens bylo nutné omezovací prostředky použít. Sestry byly dále tázány na druhy omezovacích prostředků, které u těchto pacientů používají. Sedm sester uvedlo použití kurtů (S1 - S5,S7,S8) a pět sester používání farmak (S1 – S5). Čtyři sestry řekly, že u pacientů s deliriem tremens fixují horní končetiny (S4 – S6,S8). Sestra 2 a 3 využívají úchopy a sestra 7 má zkušenost s použitím pásu přes hrudník. „...nejčastěji používáme kurty a pásy přes hrudník“ (S7/17).

Podkategorie - Specifika zdravotnické dokumentace při použití omezovacích prostředků

V podkategorii Specifika zdravotnické dokumentace při použití omezovacích prostředků byly sestry dotazovány na údaje, které zaznamenávají do dokumentace u pacientů s fyzickým omezením. Všech osm sester v úvodu této podkategorie uvedlo, že při použití omezovacích prostředků zakládají samostatný dokument, který je přímo určený pro pacienty s fyzickým omezením, což sestra 1 ještě upřesnila o údaj, že každý den se tento dokument obnovuje. „Vždy tyto prostředky používáme až po ordinaci lékaře a zaznamenáváme do patřičné dokumentace“ (S7/18,19). Sestra 6 uvedla, že dokument musí obsahovat identifikaci pacienta. Čas, od kdy došlo k použití omezovacích prostředků, do dokumentu zaznamenává 5 sester (S1,S2,S4,S5,S7) a sestra 1 zaznamenává i čas ukončení fyzického omezení. Sedm sester řeklo, že

v dokumentu uvádějí, z jakého důvodu lékař indikoval použití omezovacích prostředků (S1 – S7). „*Indikaci k použití, čas od kdy se používá, kontrola fyziologických funkcí, stav pokožky pacienta, zda nemá porušenou integritu kůže ve vztahu k omezovacím prostředkům*“ (S5/16,17,18). Jaký druh omezovacího prostředku byl k fyzickému omezení použit zaznamenávají dvě sestry (S1,S6). Všechny sestry uvedly, že do této dokumentace zaznamenávají fyziologické funkce v pravidelných časových intervalech. Sestra 2 řekla, že fyziologické funkce zaznamenává po třech hodinách, sestra 6 fyziologické funkce u pacientů sleduje kontinuálně. „*Měření vitálních funkcí po 3 hodinách, zda má někde otlaky, důvod použití, čas, kdy jsme je začali používat a podpis lékaře, který použití indikoval*“ (S2/15,16). Pět sester hodnotí u pacientů s fyzickým omezením vědomí (S3,S4,S6 – S8) a sestra 6 uvedla, že do protokolu zaznamenává konkrétně GCS. Integritu kůže ve vztahu k použití omezovacích prostředků kontrolují a zaznamenávají do příslušné dokumentace čtyři sestry (S2,S4 – S6). Sestra 8 uvedla pravidelnou kontrolu prokrvení končetin při použití fixátorů horních končetin či kurtů. „*Vyplňuji pak protokol o omezovacích prostředcích a po minimálně 3 hodinách kontroly prokrvení končetin, na které je použit omezovací prostředek a hodnotím celkový stav pacienta, zda tvá důvod použití těchto prostředků*“ (S8/20,21,22,23,24) Sestra 6 řekla, že do dokumentace zaznamenává, dojde – li ke zranění pacienta nebo zdravotnického personálu. Sestra 8 zmínila kontrolu celkového stavu pacienta k přihlídnutím k nutnosti pokračování v použití omezovacích prostředků. Šest sester uvedlo, že dokumentace o použití omezovacích prostředků obsahuje jméno a podpis lékaře (S1,S2,S4,S6-S8) a čtyři sestry se zmínily, že do dokumentace uvádějí jméno a podpis sestry (S1,S6 – S8). „*Datum a čas, od kdy je omezovací prostředek použit, jaký druh a důvod použití, fyziologické funkce pacienta v pravidelných časových intervalech a čas ukončení použití omezovacího prostředku, jméno sestry a lékaře. Na každý den se vypisuje nový samostatný list*“ (S1/19,20,21,22).

Kategorie – Zdroje informací sester o problematice ošetrovatelské péče u pacienta s deliriem tremens

V kategorii Zdroje informací sester o problematice ošetrovatelské péče u pacienta s deliriem tremens byly sestry dotazovány, z jakých zdrojů získávají informace o ošetrovatelské péči o pacienta s diagnózou delirium tremens a zda by uvítaly seminář na toto téma. Pět sester uvedlo jako zdroj informací o problematice ošetrovatelské péče pacienta s deliriem tremens odborné časopisy (S1,S2,S5,S7,S8). Odborný časopis Sestra zmínily čtyři sestry (S1,S2,S5,S8), sestra 2 uvedla časopis Psychologie, sestra 8 Psychiatrie a sestra 7 Zdravotnické noviny. Z internetu čerpají informace čtyři sestry (S4 – S7) a z literatury sestra 3 a 6. Informace o problematice deliria tremens získává sestra 1 také od lékařů. Sestra 4 řekla, že jako zdroj informací využívá chorobopisy pacientů s diagnózou delirium tremens a televizi. „Z chorobopisů pacientů s deliriem tremens, z televize a z internetu“ (S4/19). Sestry 7 a 8 načerpaly informace o problematice ošetrovatelské péče u pacienta s deliriem tremens na semináři na konferenci a sestra 8 zmínila ještě přednášky během studia na vysoké škole.

Na dotaz, zda by sestry uvítaly seminář o problematice ošetrovatelské péče u pacienta s diagnózou delirium tremens odpovědělo sedm sester ano (S1 – S4, S6 – S8). „Seminář na toto téma jsem absolvovala asi před čtyřmi lety a přednášela nám hlavní sestra z Bohnické nemocnice. Byl velmi poučný, a proto bych uvítala seminář o deliriu tremens, abych se dozvěděla něco nového a přínosného pro naši práci“ (S7/23,24,25). Sestra 5 uvedla, že ošetrovatelská péče u pacienta s deliriem tremens pro ni není aktuální téma a proto by seminář neuvítala. „Ani ne, není to pro mne příliš aktuální problematika“ (S5/20).

4.3 Kazuistika

Pacient s diagnózou delirium tremens

48letý pacient byl přivezen ZZS na oddělení ARO s diagnózou I460 srdeční zástava s úspěšnou resuscitací. Dle matky se několik dní necítil dobře – abúzus alkoholu. Matka

jej našla zhrouceného a chrčivě dýchajícího na toaletě, volala ZZS. Při příjezdu ZZS – apnoe, nehmatný pulz na velkých cévách. Okamžitá ventilace ručním křísicím přístrojem, nepřímá srdeční masáž, OTI, UVP. Po cca 5 minutách se objevuje účinná srdeční akce, hmatný pulz na periférii, TK 200/100 mm/Hg bez podpory vasopresory, zornice s maximální mydriázou se stahují, foto +. Pacient transportován na oddělení ARO. Zde hospitalizován 3 dny.

Anamnéza odebrána od matky a exmanželky

Osobní anamnéza:

Pacient prodělal běžné dětské nemoci, neužívá žádné léky a s ničím se neléčí. Byl jednou hospitalizován na psychiatrii pro etylické delirium.

Abúzus:

Pije 4 – 5 piv denně, tvrdý alkohol příležitostně. Kouří 15 – 20 cigaret denně.

Zájmy:

Dříve tenis a fotbal, v současné době se těmito zájmům již nevěnuje.

Rodinná anamnéza:

Rozvedený, žije s matkou v panelovém domě, má 2 děti.

Pracovní anamnéza:

Inženýr – chemik, v současné době bez zaměstnání.

Lékařské diagnózy:

St.p. KPR

Syndrom závislosti na alkoholu

Hepatopatie alkoholická

Trombocytopenie

Bronchitida chronická

1. den

Při přijetí je pacient zaintubován ze ZZS, endotracheální rourka velikosti 8,5 v pravém koutku vyvázána na 24 cm, i. v. katetr G 20 v levé horní končetině, UVP, sedorelaxován, GCS 3 body, zornice izokorické 4,5/4,5, TK 210/110 mmHG,

pravidelná srdeční akce 110/min, TT 36,8°C. Pacient uložen na polohovatelné lůžko s antidekubitární matrací, napojen na plicní ventilátor (režim CMV, FiO₂ 1,0, dechová frekvence 15/min, PEEP 4 cm, Vt 750 ml) a na monitor vitálních funkcí, zavedena žaludeční sonda č. 18, permanentní močový katétr č. 18 a druhý i. v. katetr G 18 do pravé horní končetiny. Zjištěny četné hematomy staršího data na různých částech těla. Provedeny laboratorní vyšetření – Astrup, biochemické vyšetření krve – Na, K, Cl, urea, kreatinin, glykemie, laktát, jaterní testy, amyláza, CK, CK – MB, troponin, celková bílkovina, albumin, CRP, NT – BNP, hematologické vyšetření – krevní obraz, INR, APTT, D – dimery, mikrobiologické vyšetření – sputum, výtěr z krku a z nosu a poslána moč na K+C, toxikologické vyšetření moče. Z biochemického vyšetření zjištěna snížená urea a kreatinin a zvýšený bilirubin celkový i přímý, jaterní enzymy (GMT 20,96), glykémie, CK – MB, NT - BNP a laktát. Z hematologického vyšetření zjištěna trombocytopenie a zvýšená hladina D – dimerů. Podle Astrupu acidóza a v moči na toxikologii prokázány benzodiazepiny. Z mikrobiologických vyšetření zjištěn *Haemophilus* sp. ve sputu.

Provedeno EKG, RTG srdce a plic, CT mozku a kardioecho, kde nezjištěna žádná závažnější patologie.

Po přijetí pacienta je ihned nasazena analgosedace – Fentanyl 10 ml + Dormicum 10 ml rychlostí 1,5 ml/hod a relaxace - Arduan 4 mg i. v. Dále lékař ordinuje infúzi Hartmann 500 ml na 2 hodiny a infúzi Glukózu 10% 500ml + 12j HMR + 20 ml KCl 7,45% + 15 ml NaCl 10% rychlostí 80 ml/hod. Z farmak podáváme Manitol 15% 40 ml i. v. po 4 hodinách a Geratam 3 g i. v. po 6ti hodinách. Ordinována je také mikronebulizace – Mukosolvan 2 ml po 12 ti hodinách, Atrovent 1 ml + FR 1 ml po 12 ti hodinách, FR 2 ml po 12 ti hodinách. Pacientovi odsáváme z dýchacích cest velké množství bělavého sputa.

Podle ordinace lékaře je ponechána NGS na spád a jsou prováděny retence. Měříme hodinovou diurézu, pacient močí dostatečně cca 150 ml/hod. Během prvního dne byl pacient 3 x na stolici, která měla průjmovitý charakter bez příměsí.

2. den

Dochází k úpravě TK na 140/80 mmHg i srdeční akce, která se pohybuje kolem 100 pulsů/min. GCS 8 bodů. Lékař snižuje rychlost přívodu analgosedace na 0,8 ml/h. Pacient klidný, v kontrolním Astrupu normální hodnoty, proto analgosedace zastavena a pacient je převeden na ventilační režim ASB s FiO₂ 0,21. Po 4 hodinách, kdy odezněla analgosedace, pacient neklidný, dezorientovaný časem a místem, nespolupracující. Neklid se projevuje především skousáváním endotracheální rourky, čímž znemožňuje odsávání z dýchacích cest a interferuje s ventilátorem. Dále se snaží si vytáhnout i. v. kanylu a divoce mává rukama ve snaze zabránit v ošetrovatelských intervencích, proto lékař ordinuje fixaci horních končetin, zakládáme záznam o použití omezovacích prostředků. Dalším projevem při neklidu je kašel z důvodu dráždění dýchacích cest endotracheální rourkou. K pacientovi přichází odpoledne na návštěvu jeho matka. Během návštěvy, která trvala cca 30 minut a kdy jsme doporučili, aby paní na pacienta mluvila a říkala mu, co se odehrálo a kde se právě nachází, je pacient mírně klidnější. Po odchodu matky pacienta se zvyšuje jeho neklid a nespolupráce, proto lékař znovu ordinuje analgosedaci na rychlost 0,8 ml/hod, kterou v noci ještě zvyšuje na 1 ml/hod, což je pro pacientovo zklidnění dostačující a je možné pokračovat v ošetrovatelských intervencích. V průběhu dne dochází ke zvýšení tělesné teploty, kterou měříme po hodině, až na 38,6°C a proto aplikujeme Paralen supp. p. r. a jelikož nedochází ke snížení tělesné teploty, ordinuje lékař nejprve Novalgin 1 amp. i.v. a dále antibiotika Unasyn 1,5 g i.v. po osmi hodinách. Pro zvýšené pocení u pacienta provádíme častější hygienu a výměnu ložního prádla, abychom předešli vzniku opruzenin a dekubitů. Množství odsávaného sekretu se značně snížilo. Do NGS aplikujeme postupně 300 ml čaje, ale večer pacient zvrací, proto NGS ponechána přes noc na spád. Diuréza je dostačující. Stolice dnes nebyla.

3. den

S pacientem nelze navázat kontakt, otevře oči pouze na bolestivý podnět. Při probuzení stále skousává endotracheální rourku a je neklidný. Lékař ordinuje zastavení analgosedace. Pacient postupně začíná reagovat na oslovení, GCS 10 bodů. Snažíme se

pacientovi podat dostatek informací o jeho zdravotním stavu a přesvědčit ho ke spolupráci, což se nám daří. Lékař indikuje extubaci. Před extubací je pacient zklidněný, snaží se spolupracovat, odstraněny fixátory z horních končetin. Po extubaci pacient posazen do polosedu, odkašle, eupnoe 12 – 14 dechů/min. SpO₂ 94% na vzduchu, proto lékař neordinuje kyslíkovou terapii. Pacient klidnější, orientován osobou, po vysvětlení předchozích událostí i časem a místem. Na otázku, co ho nejvíce trápí, odpovídá, že největší problém má s tím, najít si práci. Tělesná teplota klesla a pohybuje se okolo 37,3 °C. NGS je ponechána na spád a odvádí tmavě hnědý obsah bez příměsí krve v množství 100 ml. Diuréza se během dnešního dne snížila a moč je tmavé barvy, proto lékař ordinuje druhou infúzi Hartmann 1000 ml rychlostí 40 ml/ hod. Večer pacienta překládáme na metabolickou jednotku intenzivní péče.

Během hospitalizace se u pacienta projevíly typické laboratorní i somatické příznaky deliria tremens. Laboratorní vyšetření prokázala elevaci jaterních enzymů, sníženou hladinu urey a kreatininu svědčící pro malnutrici a trombocytopenii. K somatickým projevům patřila především tachykardie, četné hematomy po celém těle, nervozita, zvýšená agrese a dezorientace. Pro nespolečnou spolupráci pacienta se zdravotnickým personálem muselo být použito fyzických omezovacích prostředků a z důvodu nutnosti analgosedace došlo i k prodloužení doby, po kterou byl pacient připojen k umělé plicní ventilaci a tím byla prodloužena i hospitalizace na oddělení anesteziologicko – resuscitačním. Během hospitalizace došlo také ke zvýšení tělesné teploty až na hodnotu 38,6 °C, která po nasazení antibiotik klesla až na 37,3 °C. Důsledkem zvýšené tělesné teploty a tím i zvýšeného pocení došlo ke snížení diurézy, což bylo řešeno zvýšením příjmu tekutin i.v. Po celou dobu hospitalizace nebylo možno pro značné retence pacientovi podávat výživu enterálně a musela být zajištěna parenterálně. Akutní stav deliria tremens trval u pacienta necelé 3 dny a po jeho odeznění byl přeložen na jednotku intenzivní péče.

5 Diskuze

Tato bakalářská práce se zabývá specifiky a problematikou ošetrovatelské péče o pacienty s diagnózou delirium tremens. Jelikož delirium tremens je závažný stav, který vyžaduje hospitalizaci na jednotkách intenzivní péče či na anesteziologicko – resuscitačním oddělení, je výzkumné šetření zaměřeno na ošetrovatelskou péči v intenzivních oborech.

Analýza kvalitativního výzkumného šetření byla uskutečněna na základě polostrukturovaných rozhovorů s osmi sestrami pracujícími na jednotkách intenzivní péče a ARO. Metoda rozhovorů byla doplněna kazuistikou pacienta s diagnózou delirium tremens.

První kategorie Delirium tremens byla rozšířena a čtyři podkategorie. V podkategorii Delirium tremens z pohledu sester uvedla jedna polovina dotazovaných sester, že se jedná o abstinenční příznak a druhá polovina označila delirium tremens jako poruchu vědomí, kdy pouze jedna sestra specifikovala tuto poruchu vědomí jako kvalitativní. Raboch, Pavlovský a kol. (2012) mluví o deliriu jako o obluzeném vědomí. Praško (2007) označuje delirium tremens jako život ohrožující stav. Tento názor uvedly tři sestry. Nemyslím si ale, že ostatní dotazované sestry nepovažují delirium tremens za život ohrožující stav, již vzhledem k tomu, že jsou tyto pacienti hospitalizováni právě na jejich pracovištích intenzivní péče. V této podkategorii bylo zjišťováno také pohlaví pacientů hospitalizovaných s diagnózou delirium tremens. Všechny sestry řekly, že všichni pacienti, se kterými se během své praxe v intenzivní péči setkaly, byli mužského pohlaví. Pouze sestra 7, která pracuje na metabolické jednotce intenzivní péče uvedla, že pečovala o jednu pacientku s deliriem tremens.

Na podkategorii Delirium tremens z pohledu sester navázala podkategorie Příčiny vzniku deliria tremens dle názoru sester. Všechny sestry uvedly jako hlavní příčinu vzniku přerušení přísunu alkoholu při alkoholismu. Vágnerová (2004) popisuje abstinenční syndrom jako reakci na snížení obvyklé dávky alkoholu nebo abstinenci. Toto tvrzení podporuje také Seifertová (2008), která ještě zmiňuje zvýšené riziko vzniku deliria tremens u pacientů, kteří v anamnéze již mají delirium tremens či

epileptické záchvaty alkoholové etiologie. Také v kazuistice je uvedena kromě abúzu alkoholu i dřívější hospitalizace pacienta pro etylické delirium.

Podkategorie Charakteristika pacienta s deliriem tremens mapuje projevy pacienta s deliriem tremens, které jsou z pohledu sester nejpříznačnější. Sestry uváděly příznaky psychické, neurologické a vegetativní. Nejčastěji sestry charakterizovaly pacienta s deliriem tremens jako agresivního a dezorientovaného. Dále u těchto pacientů často pozorují neklid, úzkost, halucinace, agitaci, třes a nervozitu. Poruchy psychomotoriky, nespavost, poruchu cyklu spánků – bdění, křeče a epileptické záchvaty byly uváděny vždy po jedné sestře. Z vegetativních příznaků sestry zmiňovaly tachykardii, tachypnoi a zvýšené pocení. Charakteristika sester se v mnohém shoduje s tím, co říká Seifertová a kol. (2008), která popisuje u pacienta s deliriem tachykardii, tachypnoi, zvýšené pocení, neklid, nespavost, třes končetin, halucinace, dezorientaci časem i místem, agitaci, agresi. Uvádí také podrážděnost, děsivé sny a zhoršení projevů v noci, které sestry opomněly. Právě zhoršení projevů v noci je podle mé zkušenosti velmi častý příznak u pacienta s deliriem tremens a také v kazuistice je popsáno zvýšení neklidu a agrese u pacienta během noci.

V podkategorii Četnost hospitalizovaných pacientů s deliriem tremens v intenzivní péči sestry uváděly, jak často se s těmito pacienty setkávají. Nejčastěji jsou tito pacienti hospitalizováni na metabolické jednotce intenzivní péče, kde pracuje sestra 2, která řekla, že se s těmito pacienty setkává jednou měsíčně. Na této jednotce pracuje i sestra 7, která ale uvedla četnost hospitalizace pacientů s deliriem tremens zhruba 5x/rok. Tento rozdíl v četnosti pacientů s deliriem tremens na stejné jednotce, je zřejmě způsoben jednak směnným provozem sester a jednak krátkodobou hospitalizací pacientů s deliriem tremens v intenzivní péči. Ostatní sestry uváděly četnost setkání s pacienty s deliriem tremens 1x/rok až 4x/rok.

Kategorie Ošetřovatelská péče u pacientů s deliriem tremens byla rozdělena na čtyři podkategorie. V první podkategorii byly zjišťovány nejdůležitější potřeby pacientů s deliriem tremens, které sestry uspokojují. Sedm sester se shodlo, že nejdůležitější potřebou při probíhajícím deliriu tremens je pacientovo fyzické bezpečí. Sestry dále uváděly základní fyziologické potřeby, mezi kterými označily především potřebu

výživy a hydratace, vyprazdňování a spánku. Tři sestry zmínily potřebu klidu a jedna sestra upozornila na tišení bolesti. Je zřejmé, že sestry se orientují v potřebách, které je nutné u pacientů s deliriem tremens uspokojovat. V kazuistice jsou uvedeny některé potřeby a jejich uspokojování: vyprazdňování – zavedení permanentního močového katetru, výživa – zavedení nasogastrické sondy a parenterální výživa, hydratace – sledování bilance tekutin, zajištění fyzického bezpečí pacienta – použití omezovacích prostředků. Seifertová a kol. (2008) uvádí základní aspekty při léčbě deliria a shrnuje potřeby pacienta v oddílu Péče o celkový tělesný stav, kde mimo jiné uvádí zajištění bezpečnosti, hydratace, výživy, léčby bolesti, kdy tyto potřeby uváděly také dotazované sestry. Jedna sestra uvedla potřebu psychického klidu a dodala, že si uvědomuje spojitost psychiky se stavem fyzickým. Bohužel žádná ze sester neuvedla potřebu mírnění úzkosti a deprese, o kterých se také zmiňuje Seifertová a kol. (2008), a proto se domnívám, že sestry v intenzivní péči psychické potřeby pacientů spíše opomíjejí. Není to ovšem zpravidla proto, že by sestry neměly o psycho – sociální potřeby pacienta zájem, ale v intenzivní medicíně je na prvním místě uspokojení základních fyziologických potřeb. Ovšem je třeba si uvědomit, co uvádí Trachtová (2010), že na člověka se musí nahlížet jako na osobu s bio – psycho – sociálními potřebami a uspokojit všechny jeho potřeby.

V další podkategorii byly sestry dotazovány na specifika ošetrovatelské péče u pacientů s deliriem tremens. Je zřejmé, že ošetrovatelská péče bude úzce souviset s potřebami pacientů. Všechny sestry uvedly jako specifikum ošetrovatelské péče zajištění fyzického bezpečí pacienta, z kterého vyplývá mnoho různých ošetrovatelských intervencí a sestry si jsou vědomy specifické péče při použití omezovacích prostředků. Dále u pacienta s deliriem tremens sestry zmiňovaly zajištění, kontrolu a monitoraci základních životních funkcí. Většina sester řekla, že ošetrovatelskou péči zaměřují také na výživu, hydrataci a hygienu. Antidekubitární péči, prevenci minerálové dysbalance a ošetrovatelskou péči při nevolnosti považuje za důležité vždy jedna sestra z dotazovaných respondentek. Jedna sestra zmínila i péči o pacienta s úzkostí. Sestry si většinou uvědomují zvýšené riziko vzniku dekubitů a opruzenin a předcházejí mu zvýšenou hygienickou péčí, zajištěním antidekubitární

péče a dostatečnou výživou a hydratací. Zvýšená tělesná teplota, doprovázená zvýšeným pocením a ztrátou tekutin z organismu a z toho plynoucí potřeba častější hygieny a udržování suchého lůžka, jako prevence vzniku dekubitů a opruzenin, je popsána v kazuistice pacienta. Jedna sestra z anesteziologicko – resuscitačního oddělení uvedla v této podkategorii péči o dýchací cesty u pacienta na umělé plicní ventilaci. Kompetence k péči o dýchací cesty pacienta i při umělé plicní ventilaci, včetně odsávání z dolních cest dýchacích stanovuje Vyhláška č. 55/2011 Sb. a přísluší sestře pro intenzivní péči v rámci anesteziologicko-resuscitační a intenzivní péče a akutního příjmu. Kazuistika dokládá nutnost zvýšené péče o dýchací cesty při umělé plicní ventilaci, kdy pacient byl kuřák s chronickou bronchitidou.

Třetí podkategorie mapuje problémy ošetrovatelské péče u pacientů s deliriem sester a úzce souvisí s další podkategorií, kde sestry uvádějí činnosti a intervence, které jim pomáhají tyto problémy řešit a odstraňovat, aby mohly uspokojovat potřeby pacientů. Vzhledem k agresivitě, dezorientaci a neklidu pacienta s deliriem tremens je podle názoru sester těžké s pacientem komunikovat a „udržet“ pacienta v klidu. Sestry uváděly, že se snaží o trpělivý přístup a komunikaci a jejich cílem je přimět pacienta ke spolupráci. Pacientovi poskytují dostatek informací o místě, čase a příčině hospitalizace a všechny informace několikrát opakují. Pacientovi také sdělují ošetrovatelské činnosti, které vykonávají nebo které se vykonat chystají. Osobně považují podávání informací o ošetrovatelských činnostech, které sestra provádí nebo se provést chystá za velmi důležité. Bohužel právě v intenzivní péči jsem často svědkem, že sestry pacienta informovat o těchto činnostech zapomínají. Problém „udržení“ pacienta v klidu je podle sester řešen nejčastěji použitím omezovacích prostředků. Některé sestry také uvedly, že pacientovi zajišťují dostatek světla a klidné prostředí. Ovšem Nešpor, Csémy a Nechanská (2013) popisují nejvhodnější prostředí pro pacienta s deliriem tremens jako klidné s tlumeným světlem, protože tma může provokovat halucinatorní stavy a ostré světlo neklid. Seifertová a kol. (2008) označuje jako jednu ze zásad ošetrovatelské péče o pacienta s deliriem úpravu environmentálních podmínek, kam řadí zajištění bezpečného a klidného prostředí, mírné noční osvětlení, informace o čase, časté návštěvy příbuzných, s pacienty mluvit jednoduše

a srozumitelně, navodit pocit bezpečí, nevyvracet případné bludy či halucinace. Jedna sestra řekla, že největší problém je pro ní vykonání hygieny u neklidného a agresivního pacienta. Tento problém většinou řeší větší počet nelékařského zdravotnického personálu během vykonávání hygieny pacienta. Nutnost spolupráce mezi sestrami a pomocným personálem uvedly celkem dvě sestry. Jedna sestra v této podkategorii zmínila obavu o své bezpečí a přiklonila se k použití omezovacích prostředků. V krajních případech při nezvladatelném neklidu a agresi doporučuje Seifertová a kol. (2008) použít omezovací prostředky. Z průzkumu vyplývá, že sestry znají ošetrovatelské postupy u agresivních a úzkostných pacientů.

Další kategorie se zabývá fyzickým omezením pacienta. Dušek (2010) označuje omezovací prostředky jako terapeutická a preventivní opatření, která omezují volný pohyb a jednání pacienta. Znamenají zásah do lidských práv a důstojnosti. Mohou být použity jako krajní řešení ohrožující situace při neklidu a agresivitě pacienta po vyčerpání všech nerestriktivních opatření. Sestra 8 se v této kategorii zmínila, že pacienty v pohybu omezuje velmi nerada, ale někdy nemá jinou možnost, jak zajistí bezpečnost pacienta a personálu a postupuje podle platného standardu, který je v této bakalářské práci použit na základě povolení zástupkyně hlavní sestry (Příloha 7). Tento standard NT_SOP_43 (Nemocnice Tábor, standard ošetrovatelské péče) byl v Nemocnici Tábor a.s. vydán pod názvem Ošetrovatelská péče o pacienta v omezení v lůžku a uvádí následující druhy omezovacích prostředků: držení pacienta zdravotnickými pracovníky nebo jinými osobami k tomu určenými ředitelem zdravotnického zařízení nebo jiným odborným vedoucím, pásy nebo kurty, umístění pacienta v síťovém lůžku, umístění pacienta v místnosti určené k bezpečnému pohybu (izolační místnost), použití ochranného kabátku/vesty zamezující pohybu horních končetin pacienta, akutní parenterální podávání psychofarmak popřípadě jiných léčivých přípravků vhodných k omezení volného pohybu pacienta a kombinaci uvedených prostředků. V první podkategorii sestry uváděly druhy omezovacích prostředků, které používají v praxi. Všechny sestry řekly, že se setkaly s použitím kurtů a sedm sester uvedlo využití farmak jako prostředku k fyzickému omezení. Polovina sester používá fixaci horních končetin, dvě sestry znají z praxe využití úchopů a jedna

sestra pás přes hrudník. Všechny uvedené druhy omezovacích prostředků, které sestry využívají v praxi, jsou uvedeny v zákoně č. 372/2011 Sb. o používání omezovacích prostředků, který stanoví výčet možných způsobů omezení - úchopy, ochranné pásy nebo kurty, síťové lůžko, umístění ve zvláštní místnosti určené k bezpečnému pohybu, ochranný kabátek nebo vestu zamezující pohybu končetin pacienta, psychofarmaka, popřípadě jiné léčivé přípravky podávané parenterálně a kombinace omezovacích prostředků. Z průzkumu vyplývá, že sestry používají omezovací prostředky, které jsou v souladu se zákonem i standardem. Jedna sestra zmínila, že omezovací prostředky používá vždy až po ordinaci lékaře. Standard NT_SOP_43 určuje jako kompetentní osobu k rozhodnutí o omezení v lůžku výhradně lékaře, ale sestra může ve výjimečných a naléhavých situacích rozhodnout o použití omezení bez předchozí ordinace lékaře, avšak lékař musí být neprodleně informován, aby mohl v co nejkratším termínu omezení v lůžku potvrdit nebo navrhnout jiný postup. Druhá podkategorie mapovala, jak často sestry používají omezovací prostředky u pacientů s deliriem tremens a jaké druhy omezení využívají. Zde všechny sestry uvedly nutnost použití omezovacích prostředků u pacientů s touto diagnózou a to především v akutním stadiu deliria. Petr a kol. (2012) tvrdí, že zvýšené psychomotorické tempo, neklid, až agresivní chování jsou nejnápadnější symptomy deliria, a proto lze, po vyčerpání všech ostatních možností, ke zklidnění použít omezovací prostředky. Nejvíce sestry k omezení těchto pacientů používají kurty, což uvedlo celkem sedm sester. Dále sestry zmiňovaly fixaci horních končetin, farmaka, úchopy a pásy přes hrudník. Z průzkumu vyplývá, že u pacientů s deliriem tremens nejsou používány jiné omezovací prostředky, než u pacientů s odlišnou diagnózou u kterých je nutné fyzické omezení. Poslední podkapitola kategorie omezovací prostředky se zabývá specifikami dokumentace u pacientů s fyzickým omezením. Všechny sestry věděly, že při fyzickém omezení se zakládá zvláštní dokument a jedna sestra toto tvrzení doplnila tím, že tento dokument se každý den obnovuje. Tento dokument je přiložen jako příloha č. 8. Dále bylo zjišťováno, co sestry zaznamenávají do dokumentu při použití omezovacích prostředků. Sedm sester uvedlo záznam důvodu použití omezovacího prostředku, čtyři sestry zaznamenávají čas od kdy, popřípadě do kdy, je omezovací prostředek použit. Pouze

dvě sestry řekly, že do dokumentu zaznamenávají druh omezovacích prostředků. Záznam konkrétního druhu omezovacího prostředku je podle mého názoru velmi důležitý a sestry by si měly být vědomy rozdílné ošetrovatelské péče při použití různých druhů fyzického omezení pacienta. Jedna sestra řekla, že záznam musí obsahovat identifikaci pacienta. Podle šesti sester v dokumentu nesmí chybět jméno a podpis lékaře, který fyzické omezení pacienta indikoval a čtyři sestry uvedly také jméno a podpis sestry. V této podkategorii sestry dále uváděly, že u pacienta s fyzickým omezením kontrolují konkrétní rizikové oblasti, které také do dokumentu vždy zaznamenávají. (Příloha 9). Všechny sestry věděly, že je nutná monitorace fyziologických funkcí a jejich záznam do dokumentu v pravidelných časových intervalech. Jelikož byly všechny dotazované sestry z intenzivní péče, tak pacientům byly základní fyziologické funkce monitorovány kontinuálně. Pět sester řeklo, že kontrolují při použití omezovacích prostředků vědomí pacienta. Jedna sestra uvedla konkrétní kontrolu vědomí pomocí GCS se záznamem výsledného skóre do dokumentace. Polovina sester zmínila kontrolu integrity kůže v souvislosti s použitím omezovacích prostředků, kde sestry uváděly především riziko vzniku porušení kožní integrity a otlaky. S kontrolou kožní integrity úzce souvisí kontrola prokrvení fixované končetiny. Ovšem kontrolu prokrvení končetiny uvedla pouze sestra 8, lze se tedy domnívat, že kontrolu prokrvení fixovaných končetin sestry opomíjejí. Jedna sestra zmínila, že do dokumentace, kromě pravidelných záznamů fyziologických funkcí, zaznamenává také, dojde – li během fyzického omezení pacienta k jeho sebe poranění nebo zranění - li někoho z personálu. Tyto poranění bývají bohužel časté a jejich záznam do dokumentace je nezbytný. Záznamy sester do dokumentu se shodují s pokyny ve standardu NT_SOP_43, který shrnuje mimo jiné zásady monitorace a ošetrovatelské péče o pacienta s fyzickým omezením v následujících bodech: po celou dobu omezení je pacientovi věnována zvýšená péče; pacient je průběžně sledován sestrou nejdéle po 1 hodině; sledování je zaměřeno na stav vědomí, projevy nemocného, stav prokrvení fixovaných končetin, stav dýchacích cest (zahlenění, riziko aspirace při krmení a podávání tekutin); neurčí-li lékař jinak, a 1 hod je měřen TK, P; péče o hydrataci, minimální denní příjem je 2000 ml; péče o vyprazdňování; péče o hygienu

a výměna osobního prádla; prevence dekubitů; minimalizace psychické zátěže. Pokyny ve standardu se shodují s Markovou (2005), která popisuje intervence v následujících oblastech: péče o hydrataci, vyprazdňování a hygienu; prevence dekubitů a negativních důsledků z omezení končetin a minimalizace psychické zátěže pacienta. Ve standardu jsou také uvedeny komplikace, které mohou vzniknout při použití omezovacích prostředků a jejichž výskyt musí být vždy řádně zaznamenán. Mezi nejčastější komplikace patří: poranění pacienta nebo členů ošetrovatelského personálu; poruchy prokrvení, poruchy inervace, vznik trombózy a odřeniny na fixované končetině; prochladnutí pacienta; psychická traumatizace pacienta vyplývající z omezení; aspirace, pneumonie, vznik dekubitů a embolie. K předcházení vzniku komplikací jsou nutné specifické ošetrovatelské činnosti a intervence a nejen k pacientům s fyzickým omezením je nutné přistupovat individuálně s holistickým přístupem. Výsledky rozhovorů uvedených v kategorii Ošetrovatelská péče u pacienta s deliriem tremens ukazují, že sestry znají komplikace, rizika a specifické ošetrovatelské činnosti u pacientů s fyzickým omezením, které je nutné u pacientů s diagnózou delirium tremens.

Ošetrovatelská péče o pacienta s diagnózou delirium tremens je náročná a specifická, proto je důležité, aby sestry měly o této problematice dostatek znalostí. V poslední kategorii bylo zjišťováno, odkud sestry čerpají informace a zda by uvítaly seminář zaměřený na problematiku ošetrovatelské péče u pacientů s deliriem tremens. V poslední kategorii jsme se sester dotazovaly odkud získávají informace o problematice ošetrovatelské péče u pacienta s diagnózou delirium tremens. Sestry uváděly kombinaci zdrojů. Nejčastěji zmiňovaly odborné časopisy (Sestra, Psychologie, Psychiatrie a Zdravotnické noviny), literaturu a internet. Dvě sestry řekly, že absolvovaly seminář zaměřený na danou problematiku. Dále sestry uváděly, že informace čerpají z televize a od lékařů. Jedna sestra zmínila přednášky na vysoké škole a jedna uvedla jako zdroj problematiky péče o pacienta s deliriem tremens chorobopisy pacientů s touto diagnózou. Osobně považují chorobopisy pacientů s diagnózou delirium tremens za přínosný zdroj, jelikož zde sestra může zjistit řešení problematických okruhů a specifika ošetrovatelské péče, které pak uplatní ve své praxi.

Žádná ze sester nevedla možnost získávání informací od zkušenějších kolegyň či ze svých vlastních zkušeností. Usuzujeme tedy, že sestry si zcela neuvědomují, že vlastní zkušenosti a jejich předávání mezi kolegyněmi, je pro praxi sestry nezbytné. Sedm sester řeklo, že by uvítaly seminář zaměřený na problematiku ošetrovatelské péče u pacienta s diagnózou tremens. Sestra 5, která uvedla, že se s pacientem s deliriem tremens setkává jednou za rok, nepovažuje osobně péči tuto problematiku za aktuální a proto seminář odmítla.

Z výsledků výzkumného šetření lze usoudit, že sestry v intenzivní péči poskytují pacientům s diagnózou delirium tremens kvalitní ošetrovatelskou péči, znají biologické potřeby těchto pacientů a snaží se je uspokojovat, avšak opomíjejí potřeby psycho – sociální. Sestry si uvědomují specifika a problémy ošetrovatelské péče u pacientů s deliriem tremens a jsou schopny v praxi aplikovat činnosti a intervence, které jim tyto problémy pomáhají řešit. Praktickým výstupem je návrh na mezioborový seminář zaměřený na problematiku ošetrovatelské péče o pacienta s diagnózou delirium tremens v intenzivní péči.

6 Závěr

Tato bakalářská práce se zabývá problematikou ošetrovatelské péče o pacienty s diagnózou delirium tremens v intenzivní péči. Ke zpracování tohoto tématu byly stanoveny dva cíle: Cíl 1 Zjistit, s jakou problematikou se sestry setkávají při ošetrování pacientů s deliriem tremens. Cíl 2 Zmapovat specifika ošetrovatelské péče o pacienty s deliriem tremens. Pro splnění cílů byly stanoveny dvě výzkumné otázky.

První výzkumná otázka zjišťovala, s jakou problematikou se sestry setkávají při ošetrování pacientů s deliriem tremens. Podle výsledků se jedná nejčastěji o pacienta nespolupracujícího, neklidného a agresivního s nutností fyzického omezení v lůžku, kdy prioritou pro sestry je fyzické bezpečí pacienta. Sestrám činí největší potíže komunikace a jednání s těmito pacienty. Sestry mají snahu podávat pacientům dostatek informací, trpělivě s nimi komunikovat a zajišťovat jim vhodné prostředí. Z výsledků vyplývá, že se sestry v intenzivní péči zaměřují především na uspokojování základních fyziologických potřeb a zajištění a monitorování vitálních funkcí a méně pozornosti věnují uspokojování potřebám psycho – sociálních.

Druhá výzkumná otázka mapovala specifika ošetrovatelské péče o pacienty s deliriem tremens. Zde sestry prokázaly znalost ošetrovatelské péče o pacienta s deliriem tremens a specifika, které souvisí s fyzickým omezením pacienta. Nejčastěji sestry uváděly zajištění fyzického bezpečí pacienta, péči o vyprazdňování, výživu a hydrataci, zvýšenou hygienu, péči o dýchací cesty, péči antidekubitární. Orientaci sestry prokázaly v problematice fyzického omezení pacienta, kdy správně uváděly druhy omezovacích prostředků a znaly zásady dokumentace při jejich použití.

Tato bakalářská práce byla psána tak, aby přinesla přehled o problematice ošetrovatelské péče o pacienta s deliriem tremens v intenzivní péči a mohla být použita jako zdroj informací pro sestry, které o pacienty s deliriem tremens pečují. Praktickým výstupem této práce je návrh na mezioborový seminář zaměřený na problematiku ošetrovatelské péče o pacienta s diagnózou delirium tremens v intenzivní péči, který přikládám jako přílohu č.6.

Seznam použitých zdrojů

BÁRTLOVÁ, Sylva a Stanislav MATULAY, 2009. *Sociologie zdraví, nemoci a rodiny*. Martin: Osveta. ISBN 978-80-8063-306-6.

ČESKO. Vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. In: *Sbírka zákonů ČR* [online]. Ročník 2011, částka 20. [cit. 2016-01-18] Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-55>

ČESKO. Zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činnosti souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních). In: *Sbírka zákonů ČR* [online]. Ročník 2004, částka 30. [cit. 2016-01-18]. Dostupné z: <http://zakonyprolidi.cz/cs/2004-96>

ČESKO. Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách). In: *Sbírka zákonů ČR* [online]. Ročník 2011, částka 131. [cit. 2016-01-18]. Dostupné z: <http://zakonyprolidi.cz/cs/2011-372>

ČEŠKOVÁ, Eva a Radovan PŘIKRYL, 2013. *Praktická psychiatrie*. Praha: Maxdorf Jesenius. ISBN 978-80-7345-316-9.

HERMAN, E., PRAŠKO, J. a D. SEIFERTOVÁ, 2007. *Konziliární psychiatrie*. Praha: Medical Tribune. ISBN 978-80-903708-9-0.

FRANZ, Jiří. Alkoholická deliria. *Urgentní medicína*. 2006, r. 9, č. 1, s. 27-29. ISSN 1212-1924.

CHVAL, Josef. Delirium tremens. *Psychiatrie pro praxi*. 2007, r. 8, č. 6., s. 254-256. ISSN 1213-0508.

KAPOUNOVÁ, Gabriela, 2007. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1830-9.

KUTNOHORSKÁ, Jana, 2007. *Etika v ošetrovatelství*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2069-2.

KUTNOHORSKÁ, Jana, 2010. *Historie ošetrovatelství*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3224-4.

- MARKOVÁ, E., VENGLÁŘOVÁ M. a M. BABIAKOVÁ, 2006. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1151-6.
- NEŠPOR, K., CSÉMY, L. a B. NECHANSKÁ. *Regionální rozdíly v incidenci deliria tremens v Česku a jeho léčba*. [online]. 2013 [cit. 2016-04-18]. Dostupné z:
<http://drnespor.eu/DT15Br8.doc>
- NOVOTNÁ, Eliška, 2008. *Základy sociologie*. Praha: Grada ISBN 978-80-247-2396-9.
- NOVOTNÁ, Helena. *Ošetrovatelská péče o pacienta v omezení v lůžku* [standard ošetrovatelské péče]. 2012, Nemocnice Tábor, a.s.
- OREL, Miroslav a kol., 2012. *Psychopatologie*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3737-9.
- PECLINOVSKÁ, Olga. Delirium u závislostí na návykových látkách. *Neurologie pro praxi*. 2011, r. 12, č. 5, s. 317-320. ISSN 1213-1814.
- PETR, Tomáš, Eva MARKOVÁ a kol., 2010. *Ošetrovatelství v psychiatrii*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4236-6.
- PILCH, Roman. Delirium tremens - diagnostika a léčba. *Psychiatrie pro praxi*. 2011, r. 12, č. 4, s. 153-155. ISSN 1213-0508.
- PLEVOVÁ, Ilona a kol., 2011. *Ošetrovatelství I*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3557-3.
- PLEVOVÁ, Ilona a kol., 2011. *Ošetrovatelství II*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3558-0.
- PRAŠKO, Ján a kol., 2011. *Klinická psychiatrie*. Praha: Tigis. ISBN 978-80-87323-00-7.
- RABOCH, Jiří, Pavel PAVLOVSKÝ a kol., 2012. *Psychiatrie*. Univerzita Karlova v Praze. ISBN 978-80-246-1985-9.
- SEIDL, Zdeněk, 2008. *Neurologie*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2733-2.
- SEIFERTOVÁ, Dagmar a kol., 2008. *Postupy v léčbě psychických poruch*. 2. revidované vydání. Academia Medica Pragensis. ISBN 80-86694-07-0.
- SESTRA A URGENTNÍ STAVY, 2008. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2548-2.
- ŠEVČÍK, Pavel a kol., 2014. *Intenzivní medicína*. 3. přepracované vydání. Praha: Galén. ISBN 978-80-7492-066-0.

- ŠVARŤÍČEK, Roman, Klára ŠÉDOVÁ a kol., 2007. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367313-0.
- TRACHTOVÁ, Eva a kolektiv, 2010. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 80-7013-324-4.
- URBAN, Lukáš a Josef DUBSKÝ, 2008. *Sociální deviace*. Plzeň: Aleš Čeněk. ISBN 978-80-7380-133-5.
- VÁGNEROVÁ, Marie, 2004. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3. vydání. Praha: Portál. ISBN 80-7178-802-3.
- VENGLÁŘOVÁ, Martina a Gabriela MAHROVÁ, 2006. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1262-8.
- ZADÁK, Zdeněk, Eduard HAVEL a kol., 2007. *Intenzivní medicína na principech vnitřního lékařství*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2099-9.

Přílohy

8.1 Seznam příloh

Příloha 1 – Žádost o povolení průzkumného šetření

Příloha 2 – Povolení k průzkumnému šetření od hlavní sestry Nemocnice Tábor a.s.

Příloha 3 – Seznam otázek k rozhovoru

Příloha 4 – Rozhovory se sestrami (příloha na kompaktním disku)

Příloha 5 – Schéma kategorií a podkategorií

Příloha 6 – Návrh na mezioborový seminář

Příloha 7 – Povolení k použití interního dokumentu Nemocnice Tábor a.s.

Příloha 8 – Použití omezovacích prostředků - zápis

Příloha 9 - Použití omezovacích prostředků – sledování pacienta

Příloha 1

PŘÍLOHA 1

Nemocnice Tábor, a.s.
Kpt. Jaroše 2000
390 02 Tábor
Hlavní sestra
Mgr. Helena Plocková

Tábor 22.2.2016

Věc: Žádost o povolení průzkumného šetření

Vážená paní magistro,
jmenuji se Magdaléna Žáková a jsem studentkou 3. ročníku JČU – ZSF České Budějovice oboru všeobecná sestra – kombinované studium. Dovoluji si Vás požádat o povolení průzkumného šetření ve Vašem zdravotnickém zařízení jako podkladu pro mou bakalářskou práci s názvem „**Pacient s diagnózou delirium tremens v intenzivní péči**“. Průzkumné šetření bude probíhat formou rozhovorů s písemným záznamem a budou uskutečněny s náhodně vybranými sestrami z jednotek intenzivní péče a z anesteziologicko – resuscitačního oddělení. Součástí šetření bude i kazuistika vybraného pacienta s diagnózou delirium tremens. Rozhovory jsou anonymní a údaje z průzkumného šetření důvěrné. Cíle a výzkumné otázky s rámcovými otázkami k rozhovoru Vám přikládám v příloze. Předpokládaný termín průzkumného šetření je od 1.3.2016 do 31.3.2016. Jsem zaměstnanec nemocnice a pracuji jako všeobecná sestra na anesteziologicko – resuscitačním oddělení.

Děkuji za kladné vyřízení mé žádosti.

Žáková Magdaléna
Politických vězňů 1632
Tábor 390 03
email: magda.z@seznam.cz
tel: 731725932

POVOLENÍ

Pro : Studentku Magdalénu Žákovou – ZSF - Jihočeská Univerzita Č.B. – 3. ročník Bc. studia v oboru – všeobecná sestra

Předmět povolení : studijní práce – rozhovory se sestrami

Oddělení : JIP - interní a chirurgické , ARO

Doba povolení : 1.3.2016 do 31.3.2016

V Táboře dne 26.2.2016



Mgr. Helena Plocková
hlavní sestra

Nemocnice Tábor, a.s.
kpt. Jaroše 2000
390 03 T á b o r
14

Příloha 3

Otázky k rozhovoru

Identifikační údaje:

Věk, počet let praxe, praxe na oddělení – JIP, ARO, nejvyšší dosažené vzdělání v oboru.

- 1) Setkala jste se během své praxe s pacientem hospitalizovaným s dg. delirium tremens, pokud ano, jak často?
- 2) Hospitalizovaní pacienti s deliriem tremens byli muži nebo ženy?
- 3) Dokázala byste popsat co je delirium tremens, kdy vzniká?
- 4) Na co je, podle Vaší zkušenosti, nejvíce zaměřena ošetrovatelská péče o pacienta s DT?
- 5) Co je pro Vás nejnáročnější při poskytování ošetrovatelské péče u pacienta s DT?
- 6) Jaké jsou podle Vás nejdůležitější potřeby u pacienta s deliriem tremens?
- 7) Museli jste u pacienta hospitalizovaného s deliriem tremens použít omezovací prostředky, pokud ano, jaké?
- 8) Jaké máte všeobecně zkušenosti s používáním omezovacích prostředků – druhy, dokumentace?
- 9) Odkud získáváte informace o problematice ošetrovatelské péče u pacienta s DT?
- 10) Uvítala byste seminář o problematice deliria tremens?

Příloha 5

Kódování jednotlivých rozhovorů do kategorií a podkategorií

Kategorie – Delirium tremens

Podkategorie - Delirium tremens z pohledu sester

Porucha vědomí – S1/3, S4/3, S5/3, S8/5

Kvalitativní porucha vědomí – S6/10

Život ohrožující stav – S5/3, S6/6, S8/4

Abstinenční příznak – S2/3, S3/3,4 S6/3, S7/3,4

Pohlaví hospitalizovaných pacientů s deliriem tremens

Muži – S1/2, S2/2, S3/, S4/2, S5/2, S6/2, S7/2, S8/2

Žena – S7/2

Podkategorie – Příčiny vzniku deliria tremens dle názoru sester

Abstinence – S1/3 , S7/3

Vysazení, přerušování přísunu alkoholu – S5/4, S8/4

Chybí dávka alkoholu – S4/3,4

Není přísun alkoholu – S2/3,S6/4

Podkategorie - Charakteristika pacienta s deliriem tremens

Zmatený a dezorientovaný – S1/7, S2/4, S4/5, S6/5, S7/5, S8/6

Agresivní – S1/7, S2/4, S3/4, S4/5, S5/8, S6/6

Nervózní – S2/4

Neklidný – S2/4, S7/5

Nespolupracující – S5/9

Úzkostný – S6/5, S8/6

Halucinace – S1/7, S7/7

Agitovaný – S7/5, S8/6

Poruchy psychomotoriky – S8/6

Nespavost – S6/5

Porucha cyklu bdění – spánek – S7/6

Tremor – S7/6, S8/6

Křeče – S7/5

Epileptické záchvaty – S8/7

Zvýšené pocení – S6/6

Tachykardie – S6/5, S8/7

Tachypnoe – S8/7

Podkategorie - Četnost hospitalizovaných pacientů s deliriem tremens v intenzivní péči

1x/ měsíc – S2/1

5x /rok – S7/1

4x/ rok – S3/1 , S4/1

3x/ rok – S6/ , S1/1

2x/ rok – S8/1

1x/ rok – S5/1

Kategorie – Ošetřovatelská péče o pacienta s deliriem tremens

Podkategorie - Potřeby pacientů s deliriem tremens, které sestry považují za nejdůležitější

Zajištění fyzického bezpečí – S1/12, S3/11, S4/13, S5/12, S6/9, S7/16, S8/16

Základní fyziologické potřeby – S5/12, S8/15

Výživa a hydratace – S1/12, S4/13, S6/15, S7/16

Vyprazdňování – S2/9, S4/13, S6/15, S7/16

Klid – S2/9, S3/11, S4/12

Spánek a odpočinek – S6/14,15

Tišení bolesti – S8/15,16

Podkategorie - Specifika ošetřovatelské péče u pacientů s deliriem tremens z pohledu sester

Bezpečí pacienta – S1/5, S2/5, S3/6, S4/6, S5/7, S6/9, S8/8,9

Zvýšený dozor – S4/9, S7/9

Zajištění základních životních funkcí – S6/7,8, S8/8

Kontrola a monitorace základních životních funkcí – S1/4, S3/6,7, S4/6,7, S7/8,9

Hygienická péče – S1/4, S5/6, S6/9, S8/10

Výživa a hydratace – S1/5, S5/6, S6/8, S7/10, S8/9

Omezovací prostředky – S3/6, S4/7

Antidekubitární péče – S1/4,5

Péče o dýchací cesty – S5/6,7

Nevolnost, úzkost – S6/8

Komunikace – S8/9

Minerální dysbalance – S7/11

Podkategorie - Problémy ošetrovatelské péče u pacienta s deliriem tremens z pohledu sester

„Udržet“ pacienta v klidu – S3/8, S7/12

Komunikace s pacientem – S1/6, S2/8

Jednání s pacientem – S8/11

Obava o vlastní bezpečnost – S4/8

Nespolupráce – S6/10

Hygiena u pacienta – S5/8,9

Podkategorie - Činnosti sester, které jim pomáhají zvládnout problémy ošetrovatelské péče u pacientů s deliriem tremens

Fyzické omezení pacienta – S1/11, S3/11, S4/11, S7/14

Poskytování informací – S1/10, S6/11,12, S7/15, S8/13

Komunikace – S1/9, S3/9, S6/11, S8/12

Klidné prostředí – S3/9, S8/14

Dostatek světla – S7/15, S8/14

Pomocný personál – S4/10, S5/10,11

Kategorie – Omezovací prostředky

Podkategorie - Druhy omezovacích prostředků, které sestry používají v praxi

Farmaka – S1/17, S2/10, S3/13, S4/15, S5/14, S6/18, S7/18,

Kurty – S1/17, S2/13, S3/13, S4/15, S5/14, S6/17, S7/18, S8/18

Fixace horních končetin – S4/15, S5/14, S6/17, S8/17

Úchopy – S2/12, S3/13

Pás přes hrudník – S7/17

Podkategorie - Četnost používání omezovacích prostředků u pacientů s deliriem tremens a jejich druhy

Ano, používají – S1/13, S2/10, S3/12, S4/14, S5/13, S6/16, S7/17, S8/17

Kurty – S1/13, S2/10, S3/12, S4/14, S5/13, S7/17, S8/18

Fixace horních končetin – S4/14, S5/13, S6/16, S8/17

Farmaka – S1/13, S2/10, S3/12, S4/14, S5/13,

Úchopy – S2/11, S3/12

Pás přes hrudník – S7/17

Podkategorie - Specifika zdravotnické dokumentace při použití omezovacích prostředků

Samostatný dokument – S1/17,18, S2/13, S3/13,14, S4/15,16, S5/15, S6/18, S7/19, S8/21

Čas – S1/19, S2/15, S4/15, S7/20

Důvod použití – S1/19, S2/16, S3/15, S4/17, S5/16, S6/19, S7/20

Druh – S1/19, S6/19

Identifikace – S6/19

Fyziologické funkce – S1/20, S2/15, S3/15, S4/17, S5/16, S6/20, S7/20, S8/25

Vědomí – S3/15, S4/18, S6/21, S7/21, S8/25

Integrita kůže – S2/15, S4/18, S5/16,17, S6/21

Prokrvení končetin – S8/22

Poranění – S6/22

Celkový stav – S8/23

Podpis lékaře – S1/21, S2/15, S4/18, S6/23, S7/21, S8/25

Podpis sestry – S1/21, S6/23, S7/21, S8/26

Kategorie – Zdroje informací sester o problematice ošetrovatelské péče u pacienta s delíriem tremens

Časopis Sestra – S1/24, S2/18, S8/29

Časopis Psychologie – S2/18

Časopis Psychiatrie – S8/29

Zdravotnické noviny – S7/22

Literatura – S3/16, S6/24

Internet – S4/19, S5/19, S6/24, S7/22

Seminář, konference – S7/22, S8/27

Chorobopisy – S4/19

Televize – S4/19

Vysoká škola – S8/28

Lékaři – S1/23

Seminář ano – S1/25, S2/19, S3/17, S4/20, S6/25, S7/24, S8/30; ne – S5/20

Příloha 6

Seminář zaměřený na problematiku a specifika ošetrovatelské péče o pacienty s dg. deliriem tremens

Posláním semináře je komplexní pohled na problematiku při ošetrování pacientů s deliriem tremens.

Seminář je určený zejména pro všeobecné sestry pracující na jednotkách intenzivní péče, protože delirium tremens je život ohrožující stav vyžadující trvalou monitoraci pacientova zdravotního stavu.

Obsahem semináře je delirium tremens v teoretické rovině (co je delirium tremens, příčiny vzniku, diagnostika, terapie) a v praktické rovině (počet a pohlaví hospitalizovaných pacientů s deliriem tremens, charakteristika pacientů, jejich potřeby, intervence sester při ošetrování těchto pacientů, omezovací prostředky, dokumentace).

Seminář je doplněn krátkou kazuistikou pacienta s dg. delirium tremens hospitalizovaného na oddělení ARO.

POVOLENÍ

Na základě žádosti uděluji Magdaléně Žákové, studentce 3. ročníku ZSF JČU oboru ošetřovatelství v Českých Budějovicích povolení k použití těchto interních dokumentů Nemocnice Tábor, a.s.:

- Standard ošetřovatelské péče NT_SOP_43_03 – Ošetřovatelská péče pacienta v omezení v lůžku
- Použití omezovacích prostředků – zápis
- Použití omezovacích prostředků – sledování pacienta

k vypracování její bakalářské práce na téma „Pacient s diagnózou delirium tremens v intenzivní péči“.

V Táboře dne 25.2.2015

Nemocnice Tábor, a.s.
kpt. Jaroše 2000
390 03 Tábor
Zástupce hlavní sestry 14
Bc. Jana Burdová
Náměstek pro akreditaci

Použití omezovacích prostředků - zápis

Jméno pacienta (identifikační štítek):

Datum:

Důvody použití:	
Druh omezujícího prostředku:	
Frekvence sledování vitálních funkcí(TK, P, GCS):	
Jiné(stav kůže, periferie, nasazení mechanických prostředků):	
<p>Záznam lékaře o sledování imobilizovaného pacienta je veden nejméně po 8 mi hodinách v dekursu pacienta. Záznam je uveden časem, zápisem stavu pacienta a nutnosti další imobilizace, nebo jeho zápisem rozhodnutí o ukončení imobilizace. Každý zápis je zakončen identifikací lékaře. Lékař při začátku imobilizace vyplní horní část tohoto listu a uvede svojí identifikaci. Lékař při ukončení imobilizace dokončí i zápis tohoto listu se svojí identifikací. Pacientovi po imobilizaci, u kterého se stav stabilizoval s odstupem času lékař vysvětlí nutnost provedené imobilizace a o vysvětlení provede zápis s podpisem pacienta v tomto listu (dole). V zápisu lékař také uvádí zranění pacienta i zdravotníka, vzniklá v průběhu a v souvislosti s imobilizací pacienta.</p> <p>Záznam sestry o pravidelném sledování imobilizovaného pacienta je veden na listu „Sledování pacienta“. V časových intervalech stanovených lékařem je zaznamenáván čas, Tk, P, GCS, stav kůže a periferie v místě zatažení, nasazení prostředků. Na ARO a JIP jsou tyto záznamy vedeny v denním záznamu. Záznam je zakončen identifikací sestry. Každé 3 hodiny sestra provede uvolnění omezovacího prostředku a zhodnotí, zda pacient může být bez omezovacích prostředků. Uvede záznam na novou řádku záznamu „Sledování pacienta“, přes políčka řádku a uvede např. – datum a čas „Achilony povoleny, pacient je neklidný, musí být dále imobilizován“, zakončí identifikací sestry. Pokud však zjistí, že pacient již nemusí být imobilizován, provede záznam např.: datum, čas „Pacient toleruje uvolnění Achilonů“. Na JIP a ARO vedou tyto záznamy sestry v denním záznamu. Sestra nahlásí lékaři, že pacient toleruje uvolnění omezovacích prostředků. Lékař poté rozhodne o dalším postupu nebo i o ukončení imobilizace a provede o tom zápis do dekursu.</p>	
Důvod ukončení omezení:	
Popis vzniklých zranění pacienta nebo zdravotníka v průběhu imobilizace:	
Omezení od:	do:
Identifikace lékaře, který rozhodl o počátku imobilizace:	Podpis pacienta:
Identifikace lékaře, který rozhodl o ukončení imobilizace:	

