



Zdravotně  
sociální fakulta  
Faculty of Health  
and Social Sciences

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

**Management práce sestry o pacienta s akutní  
zmateností**

## **DIPLOMOVÁ PRÁCE**

Studijní program:

**OŠETŘOVATELSTVÍ**

**Autor:** Bc. Hana Formánková

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

České Budějovice 2020

### **Prohlášení**

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

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

V Českých Budějovicích dne:

.....

Bc. Hana Formánková

### **Poděkování**

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

Dále bych chtěla poděkovat všem sestřám, které se podílely na tvorbě empirické části diplomové práce, za jejich ochotu a čas.

## **Abstrakt**

### **Management práce sestry o pacienta s akutní zmateností**

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

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

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

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

## **Abstract**

### **Nursing management for patient with acute confusion**

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

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

The data collection technique involved covert observation of patients and nurses, as well as semi-structured interviews with nurses who have experienced the care of patients with acute confusion.

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

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

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

**Key words:** Acute Confusion; Delirium; Nursing management; Patient; Nursing Care

## Obsah

Úvod.....	8
1 Současný stav .....	9
1.1 Akutní zmatenost.....	9
1.2 Druhy akutní zmatenosti .....	10
1.2.1 Organické delirium.....	11
1.2.2 Farmakologicky navozená deliria .....	12
1.2.3 Pooperační deliria.....	16
1.2.4 Somatické delirium .....	17
1.2.5 Intoxikační delirium .....	18
1.2.6 Delirium tremens .....	20
1.3 Etiopatogeneze, klinický obraz .....	22
1.3 Diagnostika .....	24
1.5 Léčba.....	26
1.5.1 Nefarmakologická opatření .....	26
1.5.2 Farmakologická léčba .....	27
1.6 Management práce sestry .....	28
1.6.1 Hodnoticí škály .....	31
1.6.1 Ošetrovatelská péče o delirantního pacienta, etické problémy .....	32
1.6.2 Omezovací prostředky.....	35
2 Cíl práce a výzkumné otázky .....	38
2.1 Cíl práce .....	38
2.2 Výzkumné otázky .....	38
3 Metodika.....	39
3.1 Použitá metodika a technika sběru dat .....	39
3.2 Charakteristika výzkumného souboru .....	41
4 Výsledky výzkumného šetření .....	42

4.1	Identifikační údaje pozorování sestry .....	42
4.1.1	Seznam kategorizačních skupin- pozorování práce sester .....	44
4.2	Identifikační údaje - pozorování pacientů .....	51
4.2.1	Seznam kategorizačních skupin - pozorování pacientů.....	52
4.3	Identifikační údaje - rozhovory se sestrami .....	60
4.3.1	Seznam kategorizačních skupin - rozhovory se sestrami.....	61
5	Diskuze.....	72
5.1	Diskuze - pozorování sester .....	72
5.2	Diskuze – pozorování pacientů .....	78
5.3	Diskuze - rozhovory se sestrami .....	82
6	Závěr.....	87
7	Seznam použitých zdrojů .....	89
8	Přílohy .....	94
8.1	Seznam příloh.....	94
9	Seznam zkratk .....	112

## Úvod

Diplomová práce pojednává o akutní zmatenosti/deliriu. S tímto onemocněním je možné se setkat napříč všemi medicínskými obory. Pacienti prodávající akutní zmatenost představují vysokou zátěž pro celý multidisciplinární tým. Akutní zmatenost přináší nárůst ekonomických nákladů na zdravotnickou péči a prodlužuje celkovou dobu hospitalizace.

Diplomová práce je rozdělena na teoretickou a empirickou část. Teoretická část práce pojednává o akutní zmatenosti/deliriu, empirická část se zaměřuje na odhalení detailů péče o nemocné s akutní zmateností/deliriem, na projevy onemocnění, diagnostiku a léčbu onemocnění.

Akutní zmatenost může vzniknout jako následek pooperačního stavu, u pacientů ve vyšším věku, následkem abúzu alkoholu, drog nebo farmak. Dalšími rizikovými faktory pro vznik deliria jsou infekce, kritický stav nemocného, poranění mozku a jiné. Jedná se o kvalitativní poruchu vnímání a chování. U nemocných se objevují stavy agitovanosti nebo útlumu podle toho, v jaké formě deliria se nachází. Nejčastěji dochází ke kombinaci obou projevů. Pacienti prodávající akutní zmatenost mohou mít halucinace, jsou dezorientováni v čase, místě i osobně. Chování u těchto nemocných je odlišné od běžného stavu a vyžaduje velkou pozornost, aby se předcházelo nežádoucím událostem.

V rámci diagnostiky akutní zmatenosti je nejdůležitější uvědomit si, že by se mohlo jednat o takové onemocnění, aby mohlo dojít k efektivní léčbě. Uplatňuje se anamnéza, laboratorní i zobrazovací metody a důležité je neurologické vyšetření.

Léčba akutní zmatenosti/deliria zahrnuje nefarmakologická a farmakologická opatření. Farmakologická opatření obsahují nastavení sedativní medikace. Mezi nefarmakologickými opatřeními nalezneme úpravu komunikace s nemocným, snahu o reorientaci, zapojení rodiny do péče, odstranění rušivých elementů z prostředí pacienta, snahu o dodržení spánkového rytmu, sledování fyziologických funkcí a další.



# 1 Současný stav

## 1.1 Akutní zmatenost

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

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

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

## ***1.2 Druhy akutní zmatenosti***

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

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

V hyperaktivním typu deliria se psychomotorické tempo naopak zvyšuje. Nemocní jsou neklidní, střídají se u nich nálady, můžou vykazovat sebepoškozovací tendence nebo napadají ošetřující personál. Objevují se u nich iluze, halucinace a bludy (Sarisová, 2015). Většina forem hyperaktivního deliria se projevuje agitovaností, emoční labilitou, slovní i celkovou agresivitou. Pacient tedy může ohrozit ošetřující personál, ale i sám sebe. Často se snaží odstranit si veškeré vstupy-periferní kanyly, močovou cévku nebo pokud jsou na UPV, tak může v některých případech docházet k nechtěným extubacím (Káňová et al., 2012).

Nejvíce se v nemocnicích setkáváme se smíšeným typem deliria, při kterém se střídají fáze hypoaktivní a hyperaktivní. Mají různou intenzitu a jsou v čase proměnné (Černá Pařízková, 2019).

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

Delirium se vyvíjí v souvislosti s predisponujícími faktory, které určují zranitelnost CNS daného jedince (kognitivní funkce, věk a komorbidita), a vyvolávajícími faktory, jež zahrnují nynější onemocnění a faktory prostředí. Patří mezi ně: trauma, SIRS, lékové interakce, izolace a užití omezovacích prostředků. Ale také neovlivnitelné faktory působící na vznik deliria: věk, předchozí výskyt demence, komorbidity, nebo onemocnění CNS. Mezi částečně ovlivnitelné faktory zařadili autoři bolest, dehydrataci, vzestup katabolitů, biochemické abnormality, infekci, poruchy oxygenace, medikaci a lékové interakce, trvání a typ anestezie, krevní ztráty a malnutrici (Káňová et al., 2012). Existují látky, které mohou způsobovat závislost. Jedná se o opiáty nebo opioidy, látky tlumící CNS, psychostimulancia, nikotin a tabák, kanabioidy, psychodysleptika, těkavé látky k inhalaci a ethylalkohol (Martínková et al., 2018).

### ***1.2.1 Organické delirium***

Sampaio a Sequera (2015) udávají několik studií, které prokázaly nedostatky v hodnocení, diagnostice a intervencích u starších pacientů. Vznik deliria může být pro staršího člověka důvodem ke snížení funkčnosti, ztrátě samostatnosti, soběstačnosti a nakonec i ke smrti. Delirium je nezávislým ukazatelem vyšší mortality u geriatrických pacientů, kteří jsou hospitalizováni v nemocnici. Zvládnutím onemocnění výrazně snížíme riziko mortality geriatrických pacientů. Mezi rizika, na které je třeba se zaměřit, patří prevence dekubitů, infekce- hlavně DC, metabolický rozvrat, udržování fyziologických hodnot v normě, především krevního tlaku a pulzu. U pacientů ve věku nad 65 let se incidence deliria pohybuje od 70 do 87 % (Ressner et al., 2011). Jeho incidence i prevalence roste úměrně s věkem. Další rizikové faktory pro vznik deliria jsou: poruchy hydratace, organické postižení mozku včetně degenerativní demence, mozková traumata z předešlých let, abúzus alkoholu či jiné závislosti, chronická tělesná onemocnění, imobilizační syndrom, smyslové poruchy, spánková deprivace, psychosociální faktory a polypragmázie (Krombholz, 2015). Ale i mužské pohlaví (Reuden et al., 2017). U pacientů ve věku nad 65 let je nebezpečným činitelem demence až 60 % delirií vzniká na jejím podkladě. Velmi důležitá je pečlivá farmakologická anamnéza. Mezi rizikové faktory patří i bolest. Dementní pacient ji nemusí dostatečně ventilovat, u něj může docházet k tlumení symptomů nevhodnými farmaky. Tím dochází ke zvýšení rizika vzniku deliria. Nebezpečným činitelem je i prostředí, ve kterém se pacient nachází. Může totiž mít deprivaci z nedostatku sensorických, zvukových nebo světelných jevů, což může způsobit poruchy spánku a narušení denních rytů. K těmto deprivacím často dochází na jednotkách intenzivní

péče (Ressner et al., 2011). Delirium se často objevuje právě jako první příznak somatického onemocnění starších pacientů (Klempíř a Uhrová, 2011).

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

### ***1.2.2 Farmakologicky navozená deliria***

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

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

### ***Opioidy a benzodiazepiny***

Lüllmann et al. (2012) uvádí, že opioidy působí na spinální míchu a mozek. Také snižují pozornost a schopnost soustředit se. Po podání léku sice přichází úleva od bolesti, ale současně i euforie. Může se objevovat touha po opětovném zažívání tohoto stavu a tím vzniká závislost. Opioidy patří do kategorie léků splňující kritéria vzniku závislosti. Bouček a Pidrman (2005) připomínají, že benzodiazepiny jsou látky, které působí antixylocticky, tlumivě a proti agresi, zároveň také jako myorelaxancia

a antikonvulziva. Mezi cílové skupiny pacientů patří ti, u kterých se vyskytuje strach, vnitřní neklid, svalové napětí, podrážděnost a poruchy spánku.

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

### ***Anticholinergika***

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

### ***Antikonvulziva***

Martínková et al. (2018) popisují antiepileptika jako léky potlačující spíše křeče než patologický proces. Jedná se o léčbu, která se provádí dlouhodobě, často i celoživotně. Bártová a Rössner (2012) vysvětlují možný vliv antikonvulziv na kognitivní funkce. Při běžných dávkách mohou pacientům způsobit delirium i syndrom demence. I přes nežádoucí účinky je jejich pravidelné podávání důležité vzhledem k prevenci epileptických záchvatů. Krombholz (2015) udává nejčastěji popsané nežádoucí účinky u kyseliny valproové, jejíž užívání může způsobit poruchy paměti

a stavy zmatenosti. Jako méně riziková se označují antiepileptika třetí generace mezi, které patří například pregabalin. Ze skupiny první generace antiepileptik je rizikový fenobarbital, hlavně u pacientů s demencí. Naopak Lülmann et al. (2012) u Fenobarbitalu určili nejnižší sedativní účinek oproti ostatním antiepileptikům.

### ***Kortikosteroidy***

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

### ***Analgetika***

Analgetika jsou léky působící proti bolesti, lze je rozdělit na neopioidní (analgetika-antipyretika), jejichž účinek je analgetický, protizánětlivý, antipyretický a antiagreganční, a na opioidní. Ta jsou popsána v předchozích odstavcích. Poslední skupinou analgetik jsou spasmolytika, které mají pouze analgetický účinek (Nejedlá, 2015). Stavy zmatenosti se podle Drástové a Krombholze (2013) vyskytují při užívání tramadolu. Psychotropní nežádoucí účinky se objevují u opiátových analgetik. Je nutné zmínit, že se podceňují nežádoucí účinky nesteroidních antirevmatik. Výskyt deliria byl popsán i u salicylátu a u analgetik s obsahem kodeinu nebo pseudoefedrinu. Ve vyšším věku vyvolává stavy zmatenosti a halucinace indometacin. Poléková deliria se rovněž objevují u opiátových analgetik, popsány byly u fentanylu, pethidinu i morfinu. Deliria můžeme zaznamenat i u transdermálních formem náplastí (Bártová a Ressner, 2012).

### ***Onkologika***

Pro každou protinádorovou léčbu Krombholz (2015) udává jistou míru neurotoxicity, jejíž výše záleží na velikosti dávky. Cytostatika používající se u léčby nádoru mozku mohou být spojena s rozvojem kognitivních poruch. Delirium může vznikat při podání vyšších dávek metotrexátu prokarbazinu. Nežádoucí účinky souvisejí i s druhotnými metabolickými změnami. Metotrexát může způsobit leukoencefalopatii až s fokální nekrózou. Tento stav může zapříčinit stavy zmatenosti i epileptické záchvaty. Chemoterapeutikum cytarabin nebo fluorouracil při vyšších dávkách způsobují dysfunkci mozečku, která způsobí vertigo, stavy zmatenosti, poruchy

rovnováhy i nálady. Bártová a Ressner (2012) doplňují, že u léčby chemoterapeutiky velmi záleží na celkovém stavu pacienta a na primárním poškození mozku. Kognitivní poruchy mohou způsobit také chemoterapeutika, např. antiemetika, cyklosporin, interferon a další.

### ***Antiparkinsonika***

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

### ***Antihypertenziva***

Bártová a Ressner (2012) popsali možné riziko vzniku kognitivních poruch při hypertenzi. První antihypertenzivum, u kterého bylo popsáno polékové delirium, je Metyldopa. Amiodaron může způsobovat dlouhodobé stavy zmatenosti. Využití diuretik může stát za vodní a iontovou nerovnováhou a tím způsobovat delirantní stavy. A to hlavně u pacientů po chirurgických výkonech. Krombholz (2015) udává známky psychotropních účinků u pacientů, kteří užívají digitalis. Vyskytují se farmakologicky navozená deliria s poruchami nálad a zraku. Dále jsou popsány stavy úzkosti, zmatenost a depresivní symptomy u propranololu, metoprolu, atenolu a dalších. Výskyt byl popsán i u starších antiarytmik, například u lidokainu.

### ***Sedativa/ hypnotika***

Sedativa jsou dostupná v několika variantách. Nejsnáze se získají ta, co nejsou vázána na lékařský předpis (Martínková et al., 2018). Bártová a Ressner (2012) řadí do skupiny sedativ benzodiazepiny, barbituráty, ale také sedativně působící antihistaminika, která mají antihistaminový a anticholinergní účinek. Zvyšování dávek způsobuje více nežádoucích než žádoucích účinků. Hypnotika se člení do tří kategorií: barbituráty a nebarbiturátová hypnotika, benzodiazepiny a selektivní GABA agonisté, což jsou krátkodobá hypnotika (Martínková et al., 2018). Barbituráty byly zodpovědné za řadu farmakologicky navozených delirií, proto se nyní tato skupina léčiv využívá pouze jako úvodní anestetikum (pentobarbital) nebo léčbě epilepsie (fenobarbital) (Krombholz, 2015).

### **1.2.3 Pooperační deliria**

Delirium se řadí mezi běžné pooperační komplikace (Hayashi et al., 2019). Podle Černého (2015) by měli být zdravotníci, kteří pečují o populaci starších pacientů podstupujících operační výkon, informováni a proškoleni v rozpoznání deliria, převážně o jeho hypoaktivní formě. Pooperační delirium (dále POD) je častou komplikací operační léčby, negativně ovlivňuje následnou léčbu, rehabilitaci a dlouhodobou prognózu (Mitášová et al., 2012). POD se vyskytuje v různém časovém období po operačním zákroku, často bezprostředně po ukončení operačního výkonu nebo i s odstupem několika hodin po operaci. Rizikovým faktorem je nedostatečné tlumení akutní bolesti. Další příčiny, které mohou vést ke vzniku POD, jsou: hypovolemie, hypoperfuze, zánětlivá reakce, nedostatečná analgezie a imobilizace (Černá Pařízková, 2019). Incidence POD se pohybuje od 3,3 do 40 %. Rozdíly udávají druhy operačních zákroků, věk pacienta a zvolená vyšetřovací metoda. Nejnížší procenta byla zjištěna u operací páteře, delirium po srdečních operacích se pohybuje od 16,4 do 34 % a po operacích fraktury krčku femuru od 19 do 40 % (Mitášová et al., 2012).

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

Černý (2017) sepsal kroky, které jsou důležité v klinické praxi: vyhodnocení rizika POD a identifikace rizikových pacientů, informovat o riziku pacienta, rodinu a zdravotnický tým, optimalizovat předoperační stav, eliminovat benzodiazepiny a anticholinergika, a minimalizovat stres. Dále by se měla omezit délka anestezie na dobu nezbytně nutnou, měly by se monitorovat kognitivní funkce a včas zjistit jejich poruchy, sledovat pacienty, kteří prodělali POD, po celou dobu jejich pobytu a informovat pacienta i jeho ošetřujícího lékaře o průběhu POD. V rámci včasné detekce deliria Černý (2015) doporučuje využívání validizovaných škál k hodnocení pacientů. Mezi základní škály se řadí Confusion Assessment Method, Delirium Symptom Interview a



Nursing Delirium Screening Scale. Jsou i škály vytvořené speciálně pro intenzivní péči: Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit a Intensive Care Delirium Screening Checklist.

#### **1.2.4 Somatické delirium**

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

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

Prevalence deliria se u kriticky nemocných pohybuje od 11 do 87 %. Až jedné třetině delirií se dá vhodnou prevencí předejít. ABC přístup je preventivní postup péče o uměle ventilované pacienty. Tři základní body se zaměřují na: A- awakening-minimalizace, sedace; B- spontaneous breathing- snaha o spontánní ventilaci; C- choice of sedation- výběr sedativ. Do preventivní péče je vhodné zařadit tzv. denní prázdniny od sedativ, tím se sníží přítomnost posttraumatického stresu. CAM-ICU je test, který umožňuje diagnostiku deliria u pacientů s podporou UPV. Včasná diagnostika deliria umožní brzké snížení jeho vlivu. Důležitou roli hraje taky včasná mobilizace (Káňová et al., 2015). Garg et al. (2014) se věnovali studii, kde zjistili, že leukocytóza a hyponatrémie jsou častým faktorem, který se pojí s deliriem. Ve stejné studii bylo zjištěno, že delirium se často objevuje u nemocných prodávající infekci (58 %), u

metabolických abnormalit (36 %) a u nepříznivých účinků léků. Vörösová et al. (2015) doplňuje, že v rámci somatického deliria záleží hlavně na faktorech, které vedou ke vzniku hypoxie, jako jsou např.: ischemická choroba srdeční, ateroskleróza, anemie, chronické plicní záněty, plicní emfyzém, rozvrat iontů, hypoglykémie, jaterní a ledvinné selhání, pankreatitidy, endokrinopatie, dehydratace a poruchy výživy. Dehydratace může způsobit hyponatremii a hyperosmolalitu, přičemž dochází i ke kognitivní poruše. Při hyponatremii vznikají poruchy kognitivních funkcí, objevují se také při aplikaci osmoticky aktivních látek u léčby edému mozku. Nebo pokud se nemocnému netvoří dostatek aldosteronu, u onemocnění ledvin nebo při sekreci antiduretického hormonu u kontuze mozku či SDH.

### **1.2.5 Intoxikační delirium**

Dostupnost alkoholu v České republice je snadná a spotřeba je vysoká (na konci roku 2019 jsme byli čtvrtí ve spotřebě na 1os/rok). Nepřiměřená spotřeba alkoholu má negativní vliv na zdraví a socioekonomickou situaci části obyvatelstva ČR. Dobiášová a Hnilicová (2018) by řešily snížení spotřeby alkoholu tím, že se omezí jeho dostupnost, což se v jiných zemích osvědčilo. Švihovec et al. (2018) zjistili, že se na území České republiky za posledních 15 let udržuje roční spotřeba etanolu na jedince od 10 do 12 litrů, v Evropě je to okolo devíti litrů. Nadměrné užívání alkoholu způsobuje mnohočetné orgánové poškození a psychické poruchy. Dobiášová a Hnilicová (2018) popisují, že alkohol působí na zdraví téměř všech věkových skupin i obou pohlaví. Pití alkoholu se nejčastěji objevuje u věkové skupiny 35-45 let, v této věkové kategorii způsobuje 25 % úmrtí mužů a 17 % u žen. Příčiny vysoké úmrtnosti souvisí s vysokou četností úrazů, poranění a otrav v souvislosti s alkoholem. Úrazy, které se pojí s alkoholem ročně způsobí 4-5 tisíc hospitalizací. Vysoká spotřeba alkoholu snižuje životnost i starším lidem.

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

Intoxikační delirium můžeme dobře odlišit vzhledem k přítomnosti alkoholu v krvi a zároveň při nepřítomnosti odvykacích příznaků (Pilch, 2011). Na jednotkách intenzivní péče se často setkáváme se syndromem z odnětí, který se vyskytuje při

snížení či vysazení benzodiazepinů a opioidů, také u pacientů s chronickým abúzem alkoholu. Chronický abúzus alkoholu se objevuje u 18 % všeobecné populace, na urgentních příjmech se akutní delirium z odnětí alkoholu vyskytuje ve 20 % a na jednotkách intenzivní péče chirurgických odděleních je výskyt mezi 8-40 %. Nejzávažnější forma může dospět až do deliria tremens (Černá Pařízková, 2019).

Účinek alkoholu na organismus popisují Kašpárek et al. (2014) jako komplexní, ovlivňující systém odměny, který se aktivuje bezprostředně po požití. Pokud ale člověk alkohol konzumuje pravidelně, mění se citlivost, systém postupně přestane reagovat na přirozené stimuly z okolí, pouze na nadhraniční stimulaci alkoholem. Tento mechanismus způsobuje závislosti a díky němu hrozí riziko relapsu i po dlouhém období abstinence. Dlouhodobé užívání alkoholu vede k neurotoxickému poškození. Míra poškození organismu je individuální, závisí na koncentraci, dávce požívaného alkoholu a délce expozice. Pecinovská (2011) doplňuje mechanismus účinku alkoholu na organismus takto: Etanol je antagonistou benzodiazepinových GABA receptorů, dlouhodobé užívání alkoholu vede ke snížení citlivosti, současně se blokují glutamátové NMDA receptory, u kterých se naopak zvyšuje citlivost. Tento proces doprovází zvýšení adrenergní a serotonergní aktivity se zvýšením hladiny katecholaminů, což je příznakem neurohumorální adaptace na tlumivý účinek alkoholu (Pecinovská, 2011). Etanol se v jaterní buňce metabolizuje na acetyldehyd a poté na kyselinu octovou. Je dobře mísitelný s vodou a snadno se rozpouští v lipidech. Díky tomu v organismu dobře překonává všechny bariéry a dobře prostupuje do buněk (Lüllmann et al., 2012).

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

Mezi biologické faktory vzniku závislosti patří vrozené dispozice, aktuální fyzický stav nebo psychologická vyrovnanost. Sociální rovina představuje vnější faktory a jejich dopady na jedince. Vnější faktory obsahují dostupnost látky, její závislostní potenciál, prostředí, sociální kontext, postavení jedince v sociální skupině nebo dopady a vlivy na jedince. Mezi rizikové faktory patří stres, který výrazně ovlivňuje příjem užívané látky. Dále je třeba zmínit individuální faktory, jako jsou např: genetické předpoklady, nezralost organismu, ženské pohlaví a imunitní systém. Závislost nepropukne u každého jedince. Záleží na citlivosti a zranitelnosti mozkových mechanismů i organismu (Švihovec et al., 2018). Alkoholismus ohrožuje duševní zdraví. Počet pacientů hospitalizovaných kvůli duševní poruše způsobené alkoholem se pohybuje kolem 18 %. Léčba závislostí je nejčastějším důvodem přijetí do psychiatrických léčeben (Dobiášová a Hnilicová, 2018).

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

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

### **1.2.6 *Delirium tremens***

Nejčastějším zástupcem deliria vzniklého na podkladě alkoholu je podle Pecinové (2011) delirium tremens. Poprvé byl popsán už v roce 1813, v roce 1961 rozdělil Johnson abstinenční syndrom do tří stadií podle závažnosti jeho projevů. Do

první kategorie spadá: abstinenční syndrom po vysazení alkoholu. Mezi projevy abstinenčního syndromu patří: craving (touha po droze) (Švihovec (2018)), nespavost, vnitřní neklid, úzkost, tachykardie, třes, pocení, hyperreflexie, dráždivost a poruchy koncentrace. Druhou kategorií doplňují další příznaky, které se přidávají k příznakům z první kategorie. Jedná se o predelirantní syndrom, objevuje se nauzea, zvracení, bludné vnímání, dysartrie a ataxie. Třetí kategorie nese název: delirium tremens. Tito pacienti mají zastřené vidění, jsou dezorientovaní, mají paranoidní domněnky, těžkou psychomotorickou agitaci, halucinace, inkohorentní myšlení, zvýšenou sugestibilitu, dysforii nebo euforii a těžké vegetativní reakce.

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

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

Příznaky se podle Pilcha (2011) objevují za 24-72 hodin po přerušení příjmu alkoholu a trvají přibližně čtyři dny, nejvíce se objevují třetí den. Jedná se o příznaky, které mohou přetrvávat měsíce a způsobují časný relaps abúzu. Mezi příznaky přerušení příjmu alkoholu patří nespavost, pocity poklesu energie, změny nálad a další (Kašpárek et al., 2014). Úmrtnost na delirium tremens se pohybuje mezi 5-15 %. Velmi důležitou roli hraje právě časná diagnostika a správná léčba deliria a přidružených

komplikací (Pilch, 2011). Kašpárek et al. (2014) popsali incidenci deliria u hospitalizovaných pacientů, která se pohybuje okolo 40 %. U populace vyžadující intenzivní péči je to až 60 %.

Pecinovská (2011) rozebírá fyzikální vyšetření, při kterém nacházíme ikterus, pavoučkové névy, četné hematomy, dehydrataci nebo otoky, ascites, malnutrici a příznaky polyneuropatie. Důležité je zaměřit se na známky úrazu hlavy, sledovat stav vědomí, zápach z dechu, hydrataci, kožní změny, krvácivé projevy nebo stav dýchání a oběhu. Musí být vyloučena NPB a je důležité sledovat retenci moči a případnou melénu. Z dalších postupů je to hlavně neurologické vyšetření, u pacientů s podezřením na delirium přichází na řadu laboratoř- především základní hematologické a biochemické vyšetření krve a toxikologické vyšetření moče. Ideální je doplnění o EKG, RTG srdce a plic, při podezření na úraz hlavy se zhotoví CT. V rámci diagnostiky Kašpárek et al. (2014) upozorňují, jak je důležité přemýšlet nad dalšími příznaky deliria. V anamnéze se ptáme na pravidelný abúzus psychoaktivních látek, rizikové medikaci, na závažné somatické onemocnění na přítomnost premorbidní kognitivní poruchy. Dobiášová a Hnilicová (2018) doplňují, že pacienti, kteří nadměrně konzumují alkohol, jsou nejnáročnější pro ošetrovatelskou péči.

### ***1.3 Etiopatogeneze, klinický obraz***

Krombholz (2015) rozdělil delirium do tří skupin podle příčiny: intrakraniální, extrakraniální a primárně psychická deliria. Do skupiny intrakraniálních patří stavy a organické změny, které přímo souvisejí s CNS. Deliria z extrakraniální příčiny jsou stavy a organické změny systémové, které sekundárně vyvolávají dysfunkci CNS, např: farmakologicky navozená nebo toxicky vyvolaná. Do poslední skupiny jsou zařazena primárně psychická deliria, která se rozvíjejí v důsledku neorganických psychických poruch. Kašpárek et al. (2014) řadí delirium mezi přechodné kognitivní poruchy, objevuje se kvalitativní porucha vědomí s poruchou pozornosti, rychlý rozvoj a kolísavý průběh. Další příznaky zahrnují změny psychomotoriky (agitovanost i útlum), poruchy vnímání (iluze a halucinace), dezorganizaci myšlení, nesystemizované prchavé bludy (mohou přetrvávat do lucidního intervalu), poruchy spánku (denní spavost a noční hypervigilita) nebo poruchy emocí. Češka (2015) udává, že delirium vzniká jako akutní, nespecifická a celková reakce mozku na různé škodliviny nebo jejich kombinaci. Je vyvoláno narušením několika fyziologických mechanismů. Patofyziologickým podkladem pro delirium je podle Bartůňka et al. (2016) dysbalance v syntéze a v inaktivaci neurotransmiterů CNS. Češka (2015) připomíná, že podkladem pro

delirium je generalizovaná dysfunkce kortikálních a subkortikálních neuronů. Vede to k celkové dysfunkci, která se projevuje psychiatrickými, neurologickými a somatickými příznaky. Delirium vzniká narušením oxidačních mechanismů, energetického metabolismu a vnitřního prostředí (minerálová dysbalance, osmolarity, ABR a další). Klempíř a Uhrová (2011) označili jako první příznaky deliria somatické onemocnění u starších osob. Delirium se také vyskytuje při terminálních stavech, kdy v posledním týdnu života se objevuje až u 85 % všech nemocných. Mezi základní rizikové faktory pojící se se vznikem deliria patří podle Černé Pařízkové (2019) preexistující demence, arteriální hypertenze, alkoholismus a závažnost kritického stavu. Klempíř a Uhrová (2011) popisují potenciálně ovlivnitelné faktory jsou uvedeny v tabulce 2. Nejčastěji se objevuje hypoaktivní delirium, které je spojené s narůstající morbiditou terminálního stavu. Je ukazatelem blížící se smrti. Prohlubuje distres pacientů, rodinných příslušníků i personálu. Zároveň komplikuje rozpoznání dalších somatických a psychických příznaků, za které se schovává i bolest. U dětí a adolescentů je delirium zapříčiněno infekcemi, intoxikací léky, závažnými traumaty hlavy a autoimunitními onemocněními. U neurologických pacientů je způsobeno demencí u Alzheimerovy, Parkinsonovy nebo Huntingtonovy nemoci a dalších. Delirium mohou navozovat i běžná farmaka. U CMP se vyskytuje častěji u hemoragického typu. Delirium nebo jiné změny chování mohou být jediným projevem neuroinfekce u starších osob s nízkou imunitou. Po epileptickém záchvatu se vyskytuje velmi často, ale rychle vymizí. V případě vleklého průběhu je nutné vyloučit další možné příčiny kromě epilepsie. Tento druh deliria se vyskytuje u dlouhotrvajícího záchvatu s tonicko-klonickými křečemi nebo opakujícím se parciálním záchvatem (Klempíř a Uhrová, 2011). Epilepsie může být způsobena traumatem nebo abstinčním příznakem při abstinenci alkoholu či drog (Seidl, 2015).

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

### **1.3 Diagnostika**

Pro diagnostiku deliria je důležité nad onemocněním přemýšlet (Hovorka a Praško, 2014). Vyšetření delirantního pacienta by mělo zahrnovat pečlivou anamnézu, informace o změnách kognitivních funkcí a soběstačnosti nebo o přítomnosti depresivního syndromu a celkové klinické vyšetření. Důležité je vzít na vědomí variantu retence moči, konstipace a bolest. Dalším důležitým aspektem diagnostiky deliria je neurologické vyšetření, stav smyslů, ale také kontrola a redukce medikace (opiáty, benzodiazepiny, antipsychotika, spasmolytika, antiepileptika a další). Mezi pomocná vyšetření lze zařadit základní laboratorní vyšetření, metabolismus kalcia, funkci štítné žlázy a saturaci kyslíku. Z radiologických vyšetření je to RTG hrudníku, CT mozku (Holmerová, 2017). V anamnéze pátráme po akutním počátku, kolísání v čase a přítomnosti interkurentního onemocnění. Dále po vysazení alkoholu nebo jiných návykových látek a po změnách v prostředí. Na posouzení kognitivního stavu pacienta je vhodné využít krátké testy nebo cílené dotazy, které se zaměřují na pozornost a krátkodobou paměť. Nedoporučují se neuropsychologická vyšetření. Posouzení kognitivních funkcí je důležité provádět po odeznění deliria. Diagnostická kritéria dle MKN-10 jsou uvedena v tabulce 1. Do diferenciální diagnostiky patří akutní přechodné psychotické poruchy, schizofrenie a poruchy nálad, u kterých je přítomna také zmatenost (Klempíř a Uhrová, 2011).

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

Komplexní klinické i somatické vyšetření zahrnuje interní a neurologické vyšetření. Z interního vyšetření je to poslech plic, měření teploty, tlaku a EKG,



neurologické vyšetření se zaměřuje na ložiskový nález nebo meningeální syndrom. Důležité je sledování zevních známek poranění hlavy, vpichů po aplikaci léků či návykových látek a vyšetření očního pozadí. Nezbytné je i hlídání přidružených příznaků. Druhým krokem vyšetření je objektivní anamnéza, která se získá od doprovodu, příbuzných, ošetřujícího praktického lékaře nebo z dokumentace (Hovorka a Praško, 2014). Ressler et al. (2011) doplňují důležitost zjištění, kdy pacient do deliria přešel. Dále se zaměříme na zjišťování subjektivní anamnézy od pacienta. Tu silně ovlivňuje stav, ve kterém se pacient právě nachází. Součástí by mělo být i psychiatrické vyšetření, které se zaměřuje na vigilitu, orientaci, pozornost, krátkodobou i bezprostřední paměť, poznávání známých předmětů, poruchy vnímání a myšlení nebo psychomotorické tempo. Rozhovor s psychiatrem by měl probíhat klidným tónem a s porozuměním nemocnému. Prostor by mělo dostat pacientovo spontánní vyjádření a využívání faktických otázek (Hovorka a Praško, 2014). Ressler et al. (2011) upozorňují, že je důležité zjistit, jakými dalšími chorobami pacient trpí, jaké léky užívá, jestli nemá diabetes, astma nebo jiné onemocnění. Popřípadě zda se nejednalo o suicidální pokus. Pokud ano, je důležité zjistit jestli byl první. Může se jednat i o stav po operačním zákroku, v takovém případě zjišťujeme, o jaký výkon šlo a jak dlouhá byla anestezie.

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

hlavně alkoholu, drog a jiných látek. K toxikologickému vyšetření je potřeba moč, krev nebo i zvratky (Spektrum zdraví, 2017).

### ***Zobrazovací metody***

Zobrazovací metody mozku promítnou strukturální změny, ne etiologii deliria, ale mohou ukázat rizikovost a predispozice pacienta. U starších pacientů může zobrazovací vyšetření mozku objevit kortikální atrofii, subkortikální atrofii s rozšířením komorového systému nebo atrofii struktur šedé hmoty u delirantních pacientů. Metoda, která by mohla pomoci zobrazit funkční stav cholinergních receptorů a dopaminergních systémů se nazývá SPECT nebo PET (Ressner et al., 2011). Indikací pro PET vyšetření je předpoklad patologického procesu, který nemá jasnou příčinu, ale také nádory a zánětlivé procesy. PET vyšetření pracuje na principu pozitronového zářiče. SPECT vyšetření předchází podání radioaktivní látky, díky které získáme informace o funkci tkáně. Radiofarmakum se uloží v místě vaskularizace nebo tam, kde probíhá zvýšený metabolismus (Seidl, 2015). CT vyšetření je důležité a neodkladné, pokud máme podezření na intrakraniální lézi (kontuze mozku, SAK, SDH, EDH, CMP, hydrocefalus nebo mozkový absces). Lumbální punkce je indikována u pacientů s podezřením na meningitidu, SAK či meningoencefalitidu. EEG vyšetření se provádí u nekonvulzivních epileptických stavů (NCSE). EEG může fungovat i jako podpůrná diagnostická metoda, popř. může pomoci při diagnostice postiktálních stavů zmatenosti u epilepsie (Hovorka a Praško, 2014).

## ***1.5 Léčba***

### ***1.5.1 Nefarmakologická opatření***

Marková et al. (2006) upozornili na faktory, které zvyšují napětí pacienta při vstupu do zdravotnického zařízení. Jsou uvedené v tabulce 4. Léčba pacienta v deliriu zahrnuje komplexní somatickou a ošetrovatelskou péči. Většinou je nutná korekce vnitřního prostředí, mineralogramu a vodního hospodářství spolu s kompenzací hepatálních, renálních a kardiálních onemocnění. Důležitou roli hraje také zkorigování hyperaktivity, nestability a kompenzace chronického deficitu thiaminu (Kašpárek et al., 2014). Hovorka a Praško (2014) doplňují, že u delirantních pacientů je důležité zaměřit se rovněž na léčbu úzkosti nebo deprese a na sledování vitálních funkcí. Doporučuje se podávání laxativ v rámci prevence negativních důsledků při zvýšené hladině amoniaku v krvi. Laxativa usnadňují detoxikaci střeva. Potřebná jsou i preventivní opatření zabráňující epileptickým záchvatům. Holmerová (2017) upozorňuje na to, že je důležité informovat rodinu pacienta o jeho stavu.

Podle Hovorky a Praška (2014) závisí délka deliria na vyvolávající příčině a celkovém stavu pacienta. Obvykle dojde k uzdravení během jednoho až čtyř týdnů. Prognóza je proměnlivá. K plnému uzdravení dochází spíše u mladších a zdravých pacientů. Až ve 30 % případů delirium vyústí v kóma a smrt. Existuje i varianta částečného uzdravení, která je spojena s mozkovým postižením, neurologickými deficity, epilepsií a organickými psychickými poruchami (demence). Jako základní princip léčby deliria označili Bartůněk et al. (2016) nefarmakologická opatření. Pacienta ukládáme do klidného prostředí, dbá se na pravidelný rytmus spánku a bdění, snažíme se odstranit co nejvíce rušivých faktorů- svody, katetry atd. Kladný vliv na stav pacienta v deliriu má rodina, proto se doporučují návštěvy. Dalším principem je úprava medikace, a to hlavně při polypragmázii. Holmerová (2017) udává, že podle studií se nedoporučuje při prevenci využívat antipsychotika, protože nebyla prokázána jejich pozitivita. V rámci léčebných opatření sledujeme možnou hypoxii, srdeční selhání a hypoperfuzi mozku. U delirantních pacientů musíme sledovat známky infekce a věnovat se její léčbě. Také se věnujeme úpravě medikace a kompenzaci smyslových poruch (funkční brýle a naslouchátka).

Léčbu zahajujeme na podkladě diagnostiky. Z nefarmakologických intervencí řadíme do léčby úpravu environmentálních podmínek. Prostor by mělo být bezpečné a napomáhající zklidnění nemocného. Mělo by být příjemné- nejlépe jednolůžkový pokoj, kontroly by se měly konat i několikrát za hodinu, měl by se minimalizovat okolní hluk a ideální je slabé noční osvětlení, které pomáhá orientaci. Součástí léčby by mělo být podávání informací o místě, čase a situaci, dále časté návštěvy rodiny a příbuzných, ukázky známých předmětů, fotek a korekce smyslových vad. Restriktivní opatření zahajujeme pouze v krajní nouzi, vždy jen na dobu nezbytně nutnou a s aktivním dohledem. Stresující okolnosti tlumíme farmakologicky (bolest, úzkost atd.) (Hovorka a Praško, 2014).

### **1.5.2 Farmakologická léčba**

Krombholz (2015) popisuje symptomatickou a podpůrnou léčbu, která se opírá o aplikaci sedativní medikace. Upřednostnit bychom měli atypická antipsychotika, jako jedna z možností je haloperidol. Při zlepšování stavu je důležité snižování dávek. Hovorka a Praško (2014) doplňují, že symptomatická léčba se využívá u agitovanosti a neklidu, protože může vyústit v agresivní chování a pacient může být nebezpečný sobě i svému okolí. Léčbu je nutné včas zahájit a nastavit podle celkového stavu pacienta. Její předčasné ukončení způsobuje recidivy do 24 hodin. Farmaka využívaná k léčbě jsou

antipsychotika, benzodiazepiny a kломethiazol. Krombholz (2015) označil jako lék první volby tiaprid, pokud jsou pacienti neklidní, ale nemají psychotické příznaky. Pokud tiaprid nezabere nebo je dále pacient neklidný a objevují se psychotické projevy, nasazuje se melperon v kombinaci s tiapridem. Když je i melperon nedostatečný, doporučuje se přejít na atypická psychotika (quetiapin, risperidon, olanzapin a jiné). Nízký účinek antipsychotika se může nahradit jiným prostředkem stejné skupiny. Pokud selžou všechny výše popsané varianty, na řadu přichází haloperidol nebo benzodiazepin. Doporučené dávkování je popsáno v tabulce 5.

Černá Pařízková (2019) udává, že analgesedace pacientů hospitalizovaných na JIP je základní léčebně preventivní opatření. Pro sedaci se více doporučuje dexmedetomidin než benzodiazepiny. Podle studie se ukázalo, studie ukázaly, že podání Ketaminu v rámci premedikace má lepší účinek na kognitivní funkce. Zahájení sedace by měla předcházet analgezie. Na JIP a v chirurgických oborech se často využívají opiáty v rámci analgezie. Ta by měla být nastavená individuálně vzhledem k velkému množství nežádoucích účinků opioidů. Doporučuje se je nahradit neopioidními analgetiky (paracetamol nebo nesteroidní analgetika). V rámci chirurgických oborů je ideální regionální anestezie, ketamin, na neurologické bolesti gabapentin či pregabalin. Sledování bolesti vede k lepším výsledkům a ke snížení doby hospitalizace na JIP. Hovorka a Praško (2014) upozorňují, že pokud podáváme haloperidol v infuzi, musíme sledovat EKG, hypokalémie, hypomagnézii, bradykardii, preexistující kardiální poruchy a lékové interakce. Podávání tiapridu je vhodné i u starších pacientů. Z benzodiazepinů upřednostňujeme midazolam nebo lorazepam, tedy léky s kratší dobou účinku. Benzodiazepiny se používají u abstinenčního deliria při užívání alkoholu, sedativ nebo hypnotik, využívají se také při léčbě akutních nebo symptomatických epileptických záchvatů. Terapie pouze benzodiazepiny není doporučována, protože nepůsobí na extrémní agitovanost, halucinace a bludy.

U deliria, které je spojené s alkoholem, je důležité doplnit vitamin B<sub>1</sub> (thiamin), minerály, glukózu a tekutiny. Ke snížení neklidu se podává kломethiazol, který v maximální dávce dosahuje až 24 kapek za den. Neměl by se však podávat déle než 10 dnů, protože se na něm vytváří závislost. Využívá se i u organických delirií (Hovorka a Praško, 2014).

### ***1.6 Management práce sestry***

Akutní zmatenost se v ošetrovatelském procesu vyskytuje často jako neuropsychiatrická komplikace u hospitalizovaných jedinců ve vyšším věku.

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

Je důležité vytvoření terapeutického vztahu a důvěry, jak s pacientem, tak i s jeho rodinou. Ideální jsou opakovaná poučení, vysvětlování a ujišťování, využívání vstřícné a srozumitelné komunikace. Dalším aspektem pro kvalitní léčbu deliria je vytvoření stabilního prostředí. Pacienta bychom neměli přesouvat a neprovádět výkony, které nejsou nutné. Orientaci pacienta můžeme podporovat těmito způsoby: adekvátním osvětlením, viditelnými hodinami, trvalým kontaktem, trpělivostí při jednání, ale i při zodpovídání dotazů, zavedením psychosociálních intervencí (čtení), kontaktem s blízkými osobami a zapojením rodiny do léčby. Zajišťujeme péči o vyprazdňování a využíváme opatření, které fungují jako prevence zácpy. Pozor si musíme dát na prevenci imobilizace, tzn. včasnou mobilizaci po operačním výkonu a používání pomůcek k vertikalizaci. Pravidelně kontrolujeme bolest s využíváním hodnoticích škál, opakovaných dotazů, sledujeme neverbální projevy u pacientů s omezenou komunikací, zahajujeme včasnou a adekvátní léčbu bolesti (Holmerová, 2017). Snažíme se u pacientů navodit pocit bezpečí a zklidnit je, nevyvracíme bludy ani halucinace (Hovorka a Praško, 2014). U pacientů zajistíme dostatečnou výživu a hydrataci, dopomáháme při jídle i pití, sledujeme příjem a výdej tekutin, zařídíme vhodnou formu a způsob podání stravy. Podporujeme přirozený spánkový rytmus (Holmerová, 2017). K pacientovi s poruchou vědomí přistupujeme stejně jako k plně vnímajícímu jedinci. Pokud to pacientův stav dovoluje, umožníme mu změny polohy. Pacientům, kteří požadují navození nočního režimu přes den, bychom neměli vyhovět, aby nedocházelo k narušení cirkadiálního rytmu. Na jeho podporu je vhodné přes den vynechat sedaci a buzení pacienta do plného kontaktu. Nesmí se jednat o motoricky aktivní pacienty

nebo pacienty s epileptickými záchvaty, nitrolební hypertenzí, s abúzem alkoholu nebo např. pacienty s ICHS (Hovorka a Praško, 2014).

Pro diagnostiku akutní zmatenosti hledáme společné znaky s poruchami vědomí. Myšlení u delirantního nemocného ztrácí souvislost, řeč nedává smysl a vnímání reality je narušené. To se projevuje poruchou chování, iluzemi a halucinacemi. Nemocný může mít problém s popisem známých předmětů, se psaním i vyjadřováním. Pacienti si neuvědomují vhodnost či nevhodnost společenského chování. Nastává i ztráta koncentrace, nedokážou se soustředit. Hlavním problémem v rámci ošetřování je narušení cyklu spánků-bdění. Dalším příznakem je změna psychomotorického tempa, nemocný je více agitovaný, nebo se naopak dostává do stavu snížené aktivity. Nemocný má velké problémy v orientaci, hlavně v čase nebo i ve vlastní osobě. Poruchy vnímání se objevují především na straně vizuální a taktilní. Pacienti mají halucinace a někdy i bludy (Vörösová et al., 2015). Hovorka a Praško (2014) doporučují v rámci diagnostiky škály vhodné pro sestry a ošetrovatelský personál. Tyto škály se nazývají CAM (Confusion Assessment Method), ICDSCH (Intenzive Care Delirium Screening Checklist), DOSS (Delirium Observation Screening Scale) a DRS (Delirium Rating Scale). Podle Bartůňka et al. (2016) je nejvyužívanější škálou pro hodnocení stavu vědomí a sledování změn Glasgow Coma Score. Výsledné hodnoty se pohybují od 3 do 15, kdy hodnota 15 je plné vědomí a 3 těžké bezvědomí, hodnoty pod 8 vyžadují zajištění dýchacích cest. Hodnoceny jsou tři oblasti: otevření očí, verbální odpověď a motorická odpověď.

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

dlouhodobých cílů. V dalším kroku vytváříme intervence (úprava prostředí pro pacienta). V posledním kroku dochází k vyhodnocení celého procesu.

### ***1.6.1 Hodnoticí škály***

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

#### ***Delirium Rating Scale***

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

#### ***Confusion Assessment Method***

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

### ***Delirium Symptom Interview***

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

### ***Clinical Assessment of Confusion (CAC)***

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

### ***Delirium index***

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

### ***Confusional Rating Scale***

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

### ***NEECHAM***

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

#### ***1.6.1 Ošetrovatelská péče o delirantního pacienta, etické problémy***

Marková et al. (2014) označili péči o pacienty s deliriem jako velmi náročnou. Je k ní nutná profesionalita, trpělivost a výborné komunikační dovednosti. Další nutností, kterou péče o pacienty vyžaduje je úcta a respekt. Ta by měla být vždy zachována.



Chování nemocného s deliriem je nepříjemné jak pro ostatní pacienty, tak i pro personál. Takové chování se stává rizikové pro samotného pacienta, existuje nebezpečí pádu nebo úrazu. Některé projevy narušují léčbu pacienta-vytahování žilních kanyl, močových cévek, strhávání obvazů a další. Nemocní, kteří do té doby vykazovali známky normálního chování, se mohou bránit a jednat a agresivně i při obyčejné hygieně. Objevuje se verbální agrese i fyzické napadání (Marková et al., 2014). Britská studie ukázala, že agresivní chování pacientů bylo u 69 případů z 375 vyprovokováno zdravotními pracovníky, kteří dělali s pacientem to, co si nepřál, popř. tomu nerozuměl. Další příčinou agrese či nepřátelského chování bylo maření pacientových záměrů nebo nátlak při poskytování péče. Často se u pacientů objevil abúzus alkoholu, psychoaktivní látky nebo kognitivní poruchy.

Násilí se objevuje ve všech typech nemocnic, a to nejčastěji u mladších pacientů. Zdravotníci jsou tak vystaveni riziku agrese. Dalším faktorem přispívajícím k násilí je anamnéza zneužívání v dětství (Látalová, 2013). Zacharová (2016) popisuje agresivní chování jako způsob, kterým jeden člověk druhému vnucuje svoje myšlenky a dožaduje se jejich přijetí, čímž jsou porušena práva druhé osoby. Agresivní chování má negativní vliv na chování a komunikaci mezi jedinci. Nejvíce frekventovaným problémem je nedostatečná komunikace. Pacient pak nemá potřebné informace o léčbě nebo prevenci. Další problémy způsobují nesrozumitelné informace, zlehčování pacientových potíží, ponižování, hrubost nebo až vulgárnost, nerespektování studu, bolesti, a hlavně vlastního názoru pacienta. Velký problém pro komunikaci přináší čas a velké zatížení personálu. Honzák (1999) sepsal doporučení pro dodržování pravidel komunikace a chování lékařů a sester. Doporučení jsou v tabulce 6. V péči o pacienta je zásadní zachovat vlídný a trpělivý přístup, laskavá komunikace snižuje úzkost a agitovanost. Opakovaná vysvětlení pomohou pacientovi v orientaci. Pro pacienta, který právě prodělává delirium, by bylo ideální mít svého vlastního pečovatele. Ten by na něj verbálně i neverbálně působil, usměrňoval jeho aktivitu a zajišťoval bezpečnost. Doporučuje se co největší zapojení rodiny do péče, pokud je to možné (Marková et al., 2014).

### ***Úspěšná verbální komunikace***

V jednoduchosti je krása, a to platí i pro komunikaci. Pokud při ní chceme dosáhnout dobrého výsledku, naše sdělení musí být stručné a jasné. Slovní zásoba by měla být jednoduchá a srozumitelná. Hned v úvodu se zaměřujeme na porozumění (Mahrová a Venglářová, 2006). Kvalitní komunikace zvyšuje úspěšnost léčby a zároveň

snižuje dobu léčení a nákladnost péče (Křivková a Tomová, 2016). Slovní zásoba zdravotníků je často veřejností nepochopena. Stručnost informace působí na pacienta profesionálně. Po jednoduchém sdělení je nutné dát pacientovi prostor pro dotazy. Stručnost nesmí být omezena nedostatkem srozumitelnosti. Zkratky nejsou vhodné, protože mohou vést k nepochopení. Neverbální forma komunikace působí i na tu verbální. Problém se může objevit u dvojsmyslných výrazů, velkých zobecnění nebo u osobních názorů. Rozhovor s pacientem ovlivňuje také správné načasování, a to hlavně v případech závažného tématu. V takové situaci je ideální mít na sdělení klid, soukromí a dostatek času (Mahrová a Venglářová, 2006).

Pro kvalitní komunikaci je důležité také naslouchání. Znamená to, že nejen slyšíme, ale také chápeme a rozumíme. Vytváříme podmínky k dalšímu rozhovoru a dáváme najevo ochotu pomoci. Pacienta podporujeme v projevu, aby neměl pocit, že mluví do prázdna. Motivovat pacienta k rozhovoru můžeme několika způsoby: rezonance je druh zpětné vazby-sestra nebo jiný pracovník zopakuje to, co pacient řekl: reflexe je snaha o pochopení širšího myšlenkového celku a pokus o jeho formulaci vlastními slovy: sumarizace je vytváří přehled z rozsáhlého sdělení: povzbuzování rozvíjí komunikaci: empatie umožňuje vcítit se do pacienta. Mlčení také patří do komunikace, dává nám totiž prostor přemýšlet, čím v komunikaci pokračovat (Mahrová a Venglářová, 2006).

### ***Komunikace s pacientem na JIP***

Sdělování špatných zpráv by mělo být úkolem ošetřujícího lékaře a často tomu tak je. Právě ošetřující lékař rozhodne o tom, jak a v jakém rozsahu bude pacient o svém stavu informován. Sestra se často v rámci komunikace dostává do špatné situace, protože ne vždy je množství informací pro pacienta dostatečné. Sestra je navíc s pacientem v důvěrnějším kontaktu než lékař. Na místě je tedy otázka, zda-li může porušit mlčení lékaře a pacienta informovat alespoň částečně. V tuto chvíli mohou sestry bojovat s další otázkou: nemůže tato informace pacienta ještě více poškodit? Pokud bude reagovat negativně, bude sestra schopna na sebe vzít odpovědnost za svůj čin? Správný postup by měl být takový, že se bude snažit zjistit, proč lékař nechce pacienta informovat. Lékař se mohl přiklonit k přístupu milosrdné lži, ale ten má mnoho odpůrců, protože nikdy nemůžeme vědět, zda lež pacientovi neublíží ještě víc (Heřmanová et al. 2012). Křivková a Tomová (2016) popisují faktory, které ovlivňují úroveň komunikace s pacientem na JIP. Tyto faktory dělí do čtyř skupin: kognitivní schopnosti pacienta, psychická stránka pacienta, fyzická stránka a vůle a motivace

pacienta. Kognitivní schopnosti úzce souvisí s onemocněním a podávanými léky. Pokud chceme s pacientem komunikovat, měli bychom si uvědomit, že může mít problémy s dechem, tedy zaměřit se na dechovou podporu, svalovou sílu, únavu, farmakologickou sedaci a také na omezení komunikace při zavedené endotracheální rource či UPV. Pacientovu komunikaci také může ovlivnit bolest či diskomfort, který prožívá. V rámci vůle a motivace je důležitá snaha ošetřovatelského personálu a zapojení rodiny pacienta. Zásady komunikace s pacientem se zajištěnými dýchacími cestami jsou popsány v tabulce 7.

### **1.6.2 Omezovací prostředky**

Omezovací prostředky spadají do zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotnických službách a podmínkách jejich poskytování. Omezení volného pohybu pacienta se využívá k odvrácení hrozby bezprostředního ohrožení života, zdraví či bezpečnosti pacienta nebo jiných osob. Toto opatření je nutné využít pouze na dobu nezbytně nutnou. MZ doporučuje pro lůžková zařízení, která využívají omezovací prostředky vypracovat plán péče při rizikové situaci (Věstník MZ, 2018). Omezovací prostředky dělí Dohnalová (2011) na terapeutické a preventivní. Tyto prostředky se používají k omezení volného pohybu a jednání pacienta. Omezovací prostředky zahrnují pobyt na uzavřeném oddělení bez souhlasu nemocného, umístění v síťovém lůžku, v izolační místnosti, připoutání k lůžku pomocí pásů či parenterální podání psychofarmak. Tyto prostředky je vhodné použít pouze v krajních případech, tedy pokud jsou už ostatní možnosti vyčerpány. K použití omezovacích prostředků je nutné mít důvod. Tím může být bezprostřední ohrožení pacienta a jeho stavu. Využívání kurtů je více závažné než omezování pacienta v síťovém lůžku (Lukasová, 2019).

Omezovací prostředky nesmí být využívány jako preventivní či sankční opatření. Výběr omezovacího prostředku musí být přiměřený hrozícímu nebezpečí. Prostředek smí být využit při ohrožení bezpečí pacienta nebo jiné osoby. K omezení pacienta přistoupíme, pokud byl neúspěšně použit mírnější postup, např. slovní intervence, úprava prostředí nebo poskytnutí psychofarmaka či jiného přípravku za účelem zklidnění pacienta, za předpokladu, že s tím souhlasí. Výjimkou je situace, kdy použití mírnějšího postupu nevedlo k dosažení účelu. Jako omezovací prostředek lze využít: úchop zdravotnickými pracovníky nebo osobami k tomu určenými, omezení ochrannými pásy nebo kurty, umístění pacienta do síťového lůžka (ne u záchranné služby), umístění pacienta do místnosti, která je určena k bezpečnému pohybu (izolační místnost), dále ochranný kabátek či vesta, které omezují pohyb horních končetin.

Psychofarmaka jsou podávána za účelem rychlého zklidnění, ale nejedná se o léčbu na žádost pacienta a jsou podávána parenterálně. Všechny tyto prostředky se mohou kombinovat (Věstník MZ, 2018). Využívání omezovacích prostředků významně zasahuje do lidských práv a důstojnosti člověka, což je důvodem, proč se při aplikaci omezovacích prostředků vychází z dokumentů, které zahrnují základní občanská práva a z právnických norem. Jsou v nich definovány stavy, při kterých je možné přistoupit k nedobrovolné hospitalizaci a k využití omezovacích prostředků. Duševně nemocným se věnuje několik dokumentů: Deklarace lidských práv duševně nemocných, Deklarace lidských práv a duševního zdraví a Zásady práv osob trpících duševní poruchou (Dohnalová, 2011).

Po celou dobu omezení musí být pacientovi podle Dohnalové (2011) věnována speciální pozornost a zvýšená ošetrovatelská péče. Hlavně sledování základních životních funkcí v pravidelných intervalech, musí být vedena podrobná zdravotnická dokumentace, ve které bude popsáno, kdy byl aplikován omezovací prostředek, ale také všechny provedené ošetrovatelské intervence. Každý zápis do dokumentace musí být opatřen datem, časem a podpisem osoby, která ho provedla. Zápis by měl být čitelný a srozumitelný. Ve Věstníku MZ (2018) je napsáno, že musí být při omezení pacienta dbáno o jeho hydrataci, stravování, vyprazdňování, hygienu, tepelný a světelný komfort. Hlavně také o prevenci komplikací z omezení. Při využívání omezovacích prostředků nesmí dojít k použití bolestivých hmatů ani žádných nehumánních postupů. Vždy musíme dbát na důstojnost a soukromí pacienta. Pacient by měl být vizuálně oddělen od ostatních pacientů. Omezovací prostředek nevylučuje možnost návštěvy pacienta.

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

Omezovací prostředek musí být použit pouze na dobu, po kterou trvá důvod omezení. Doporučují se tři hodiny v případě omezení ochrannými pásy nebo kurty, stejně tak při použití kabátku nebo vesty a 12 hodin v případě izolační místnosti nebo

síťového lůžka. Mírné časové odchylky, které souvisí s provozem oddělení, jsou možné. Omezení je možné předčasně ukončit. Vyhláška č. 98/2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci uděluje povinnost zápisu do zdravotnické dokumentace při použití omezovacího prostředku. Zápis musí obsahovat indikaci omezení, včetně druhu, důvodu a účelu omezení a stanovení pravidelnosti kontrol. Dále jejich rozsah, čas, kdy bylo zahájeno použití omezovacího prostředku a záznamy o průběžném hodnocení trvání a zdravotního stavu pacienta. Důležité je zaznamenat i případné komplikace. Vždy, když někdo provede záznam, ať už to je zdravotník nebo nezdravotník, musí tento obsahovat jméno, druh omezovacího prostředku a jméno lékaře, který omezovací prostředek indikoval. Pokud se omezovací prostředek začal používat bez přítomnosti lékaře, je nutné, aby záznam obsahoval i jméno lékaře, který potvrdil jeho používání, a to včetně času kontroly. Jako poslední bod by měl záznam obsahovat to, kdo byl informován (zákonný zástupce) o použití omezovacího prostředku pacienta. Musí se o tom vést záznam v centrální evidenci, kterou zajišťuje poskytovatel péče nejpozději do 60 dnů od použití omezovacího prostředku (Věstník MZ, 2018).

## **2 Cíl práce a výzkumné otázky**

### ***2.1 Cíl práce***

**Cíl 1:** Zjistit, jaké mají sestry zkušenosti s pacienty s akutní zmateností.

**Cíl 2:** Zjistit, jak sestry postupují při péči o pacienta s akutní zmateností.

### ***2.2 Výzkumné otázky***

- 1) Jaké jsou zkušenosti sester s pacienty s akutní zmateností?
- 2) Jak sestry postupují při péči o pacienta s akutní zmateností?

## 3 Metodika

### 3.1 Použitá metodika a technika sběru dat

Diplomová práce byla zpracována na základě kvalitativního výzkumného šetření prostřednictvím dvou výzkumných metod. První bylo zúčastněné skryté pozorování pacientů s akutní zmateností a sester, které mají zkušenost s péčí o ně. Pozorování sester bylo založeno podle poznatků získaných při zpracování teoretické části diplomové práce, a to včetně záznamových archů. Druhá část výzkumného šetření se odehrála formou polostrukturovaných rozhovorů se sestrami, které se v pracovním prostředí setkávají s nemocnými s akutní zmateností. Otázky k rozhovorům byly vytvořeny podle podkladu k diplomové práci. Pro rozhovory se sestrami to bylo 14 základních otázek, ke kterým se pojily další podotázky.

Otázky v rozhovorech se zaměřovaly na znalosti sester v oblasti rozdílnosti mezi názvem ošetrovatelské diagnózy *akutní zmatenost* a lékařské diagnózy *delirium*. K této oblasti se pojila otázka na projevy a příčiny vzniku těchto nemocí.

Další blok rozhovoru se opíral o znalosti nefarmakologických opatření pro akutní zmatenost/delirium. V této části rozhovoru sestry odpovídaly na to, jak pomáhají nemocným s orientací, jaké volí postupy a jaké prostředky využívají. Navazovala oblast zaměřená na způsob komunikace s takto nemocnými a otázka směřující ke zjištění rozdílnosti přístupu k orientovanému a dezorientovanému nemocnému.

Následovaly otázky, které měly zjistit znalosti sester v oblasti hodnocení akutní zmatenosti podle hodnoticích škál nebo ošetrovatelských diagnóz a jestli se vůbec využívají.

Sestavení pozorovacího archu se hodně opíralo o znalosti z teoretické části diplomové práce. U pacientů s akutní zmateností byla sledována příčina vzniku tohoto stavu, tedy jestli je extrakraniální, intrakraniální nebo primárně psychická, a zda se u nemocného objevila kvalitativní porucha vědomí a pozornosti. Jestli propukla nemoc rychle, má kolísavý průběh a projevuje se změnami psychomotoriky. Zjišťovaly se i další příznaky akutní zmatenosti: poruchy vnímání-iluze, halucinace, dezorganizace myšlení nebo poruchy spánku a emocí.

Druhá část pozorování pacientů byla zaměřena na rozdílnost aktuální a příjmové diagnózy, rizikové faktory (demenci, hypertenzi, alkoholismus, závažnost kritického stavu a další), které by mohly u pacienta způsobit akutní zmatenost. Jedním ze sledovaných bodů byla také forma deliria: hypoaktivní, hyperaktivní nebo smíšená.

Pacienti s akutní zmateností si často způsobují komplikace vytahováním permanentních močových katétrů cévních vstupů a dalších, proto se sledovala i tato oblast. Tady bylo nutné dohledat ve zdravotnické dokumentaci, zda se provedly neurologické, interní, psychologické nebo psychiatrické vyšetření, popř. další. Důležité bylo zjistit, jaké náběry krve se u nemocného provedly a kterými zobrazovacími metodami prošel nebo jsou v plánu.

Informace, které se týkaly anamnestických údajů, rizikových faktorů, prodělaných a plánovaných vyšetření byly získány ze zdravotnické dokumentace pacienta. Tyto informace jsou rozepsané v rámci identifikačních údajů pacientů.

Při pozorování sester bylo nutné vysledovat, jestli ukládají pacienta do klidného prostředí snaží se mu zajistit, pokud je to vůbec možné, pokoj bez dalších pacientů a bez zbytečných rušivých elementů. Dále jestli se snaží nemocného přes den aktivizovat a budít, aby byl dodržen rytmus spánku-bdění, a jak k nemocnému přistupují: zdali se ho snaží pravidelně informovat o místě, čase a osobě, ukazují mu známé předměty, zapojují rodinu do péče, dovolují nemocnému využívání jeho kompenzačních pomůcek a jestli se snaží vytvořit terapeutický vztah založený na důvěře.

Další sledovanou oblastí byla základní ošetrovatelská péče, na kterou by sestry neměly zapomínat ani u pacienta, který prodělává akutní zmatenost. Jde hlavně o: prevenci imobilizačního syndromu, infekci nebo ideální způsob stravování a příjmu tekutin. U pacientů s restriktivním opatřením se zjišťovalo, zda nejsou využívána příliš brzy a po zbytečně dlouhou dobu. Jedna z pozorovaných částí zahrnovala sledování možných známek hypoxie, srdečního a ledvinného selhání, tlumení bolesti a úzkosti. Zaměření na tuto oblast bylo nutné, protože je důležité nevinit nemocného za tento stav, což souvisí i s úrovní komunikace. Poslední oblast zkoumala využívání hodnoticích škál a ošetrovatelských diagnóz pro akutní zmatenost.

Před zahájením výzkumného šetření byly zpracovány žádosti, které se rozeslaly hlavním sestřám vybraných nemocnic. Pokud došlo ke schválení žádostí, následovala osobní návštěva a domluva na dalším postupu. Rozhovory a pozorování se prováděly tak, aby neomezovaly chod oddělení, práci sester nebo rekonvalescenci pacientů.

Všem sestřám bylo před zahájením rozhovoru vysvětleno, jaké je téma práce, jaké jsou cíle, jakým způsobem je chceme naplnit a proč se tímto tématem zabýváme. Sestry byly informovány o zachování plné anonymity. Rozhovory byly nahrávány a zapisovány písemně, poté byly celé přepsány do počítače v programu Microsoft Word. Z přepsaných rozhovorů byly vybrány čtyři kategorie. Odpovědi respondentů jsou



v textu značeny přímou řečí. Pozorování sester a pacientů se zapisovalo do předem připravených záznamových archů, pro sestry ve formě zaškrťování v tabulce a pro pacienty psanou formou. Pozorovací záznamové archy jsou součástí příloh (1, 2, 3).

Výzkumné šetření bylo provedeno v několika nemocnicích v České republice, na vybraných chirurgických odděleních. Při sběru materiálů pomohly jak sestry, tak i lékaři. Jejich cenné informace a rady byly využity ke zpracování diplomové práce. Rozhovory a pozorování byly zpracovány technikou kódování, pomocí metody tužka papír. Výzkumné šetření probíhalo od listopadu 2019 do dubna 2020.

### ***3.2 Charakteristika výzkumného souboru***

Sestry i pacienti byli vybíráni na několika chirurgických JIP a standardních odděleních, z několika nemocnic v České republice. Výzkumný soubor tvořilo 27 pacientů a 30 sester v rámci pozorování. Rozhovory proběhly s 18 sestrami.

Pacienti byli vybíráni záměrně-museli splňovat kritéria ošetrovatelské diagnózy „akutní zmatenost“ a současně hodnoty GCS nižší než 14. Pro výběr museli splňovat kritéria škály: Odhad zmatenosti, která je uvedena stejně jako škála GCS v přílohách (tabulka 8 a 9). Výběr sester proběhl podle toho, jestli měly zkušenost s péčí o nemocného s akutní zmateností. Rozhovory se sestrami se uskutečnily v klidné atmosféře.

## 4 Výsledky výzkumného šetření

### 4.1 Identifikační údaje pozorování sestry

Sestra	Pohlaví/ Vzdělání	Praxe ve zdravotnictví
Sestra 1	Ž/SZŠ	16 let (9 let JIP)
Sestra 2	Ž/SZŠ, ARO-JIP	11 let (10 let JIP)
Sestra 3	Ž/SZŠ	20 let (3 roky JIP)
Sestra 4	Ž/SZŠ, Bc.	25 let (15 let JIP)
Sestra 5	Ž/SZŠ, Bc., ARO-JIP	7 let (7 let JIP)
Sestra 6	Ž/SZŠ, Bc., ARO-JIP	8 let (5 let JIP)
Sestra 7	Ž/SZŠ, Dis., ARO-JIP	15 let (10 JIP)
Sestra 8	Ž/SZŠ, Bc., ARO-JIP	7 let (3 JIP)
Sestra 9	Ž/SZŠ, Bc.	2 roky JIP
Sestra 10	Ž/SZŠ, Bc., ARO-JIP	5 let JIP
Sestra 11	M/PS	8 let (1 rok JIP)
Sestra 12	Ž/SZŠ, Mgr.	20 let (5 JIP)
Sestra 13	M/Mgr., ARO-JIP	11 let JIP
Sestra 14	Ž/SZŠ, Bc. ZZ	2 roky JIP
Sestra 15	Ž/SZŠ, Mgr.	4 roky
Sestra 16	Ž/SZŠ, Dis.	7 let (5 let JIP)
Sestra 17	Ž/SZŠ, Bc.	5 let (3 roky JIP)
Sestra 18	Ž/SZŠ	20 let
Sestra 19	M/SZŠ, Mgr.	7 let JIP
Sestra 20	Ž/SZŠ, Dis.	10 let (4 JIP)
Sestra 21	M/PS, Bc. ZZ	10 let (1 rok JIP)
Sestra 22	Ž/SŠ, Bc.	5 let (3 roky JIP)
Sestra 23	Ž/SŠ, Bc.	10 let
Sestra 24	Ž/SZŠ	17 let
Sestra 25	M/SZŠ	8 let
Sestra 26	Ž/PS	5 let
Sestra 27	Ž/SZŠ, Bc.	25 let (5 let JIP)
Sestra 28	Ž/SZŠ, Bc.	5 let
Sestra 29	Ž/SZŠ	12 let
Sestra 30	Ž/SŠ, Bc. ZZ, Dis.	2 roky JIP

S1 je žena se SZŠ pracující na vybrané chirurgické JIP devět let, celkově 16 let ve zdravotnictví. S2 je žena, která vystudovala SZŠ a udělala si specializaci ARO-JIP, pracuje deset let na vybrané chirurgické JIP, předtím rok na standardním oddělení. S3 je žena pracující 20 let, většinu z toho na chirurgických ambulancích, poslední tři roky pracuje na vybrané chirurgické JIP, vystudovala SZŠ. S4 je žena pracující 25 let ve zdravotnictví, posledních 15 let na vybrané chirurgické JIP, má bakalářské vzdělání. S5 je žena s bakalářským vzděláním a se specializací ARO-JIP, pracuje na vybrané chirurgické JIP sedm let. S6 je žena, má stejné vzdělání jako S5, ve zdravotnictví je osm let, z toho pět na vybrané chirurgické JIP. S7 je žena, která vystudovala VOŠ, udělala si k tomu specializaci ARO-JIP a pracuje deset let na vybrané chirurgické JIP, celkově 15 let ve zdravotnictví. S8 je žena s Bc. titulem a specializací ARO-JIP, pracuje sedm let ve zdravotnictví a tři roky na vybrané chirurgické JIP. S9 je žena s bakalářským vzděláním a pracuje dva roky na vybrané chirurgické JIP. S10 je žena s Bc. Titulem a se specializací ARO-JIP, která pracuje pět let na vybrané chirurgické JIP.

S11 je muž vzdělaný jako praktická sestra, pracuje osm let ve zdravotnictví a rok na vybrané chirurgické JIP. S12 je žena s Mgr. titulem, pracuje 20 let ve zdravotnictví a pět let na vybrané chirurgické JIP. S13 je muž s magisterským vzděláním a specializací ARO-JIP, pracuje 11 let na vybrané chirurgické JIP. S14 je žena, která vystudovala ZZ a pracuje dva roky na JIP. S15 je žena s Mgr. titulem a pracuje čtyři roky na vybraném chirurgickém oddělení. S16 je žena s VOŠ, pracuje sedm let ve zdravotnictví a pět let na vybrané chirurgické JIP. S17 je žena s Bc. titulem, která pracuje pět let ve zdravotnictví, z toho tři roky na chirurgické JIP. S18 je žena se SZŠ, pracující 20 let ve zdravotnictví. S19 je muž s magisterským vzděláním pracující na vybrané chirurgické JIP. S20 je žena s VOŠ, která pracuje deset let ve zdravotnictví, čtyři roky na vybrané chirurgické JIP.

S21 je muž pracující na vybraném chirurgickém oddělení, vystudoval ZZ. S22 je žena s Bc. titulem, pracuje pět let ve zdravotnictví, z toho tři roky na vybrané chirurgické JIP. S23 je žena pracující deset let na vybraném chirurgickém oddělení, má bakalářské vzdělání. S24 je žena se SZŠ, pracuje 17 let ve zdravotnictví. S25 je muž se SZŠ, pracuje osm let na vybraném chirurgickém oddělení. S26 je žena, PS a pracuje pět let na vybraném chirurgickém oddělení. S27 je žena pracující 25 let ve zdravotnictví, z toho pět let na vybrané chirurgické JIP, má Bc. titul. S28 je žena s bakalářským vzděláním, pracující pět let na vybraném chirurgickém oddělení. S29 je žena, která

pracující 12 let na vybraném chirurgickém oddělení, má SZŠ. S30 je žena, která vystudovala ZZ a VOŠ, pracuje dva roky na vybrané chirurgické JIP.

#### ***4.1.1 Seznam kategorizačních skupin- pozorování práce sester***

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

##### ***1. Intervence***

Správná péče o nemocného s akutní zmateností vyžaduje několik přístupů (intervencí), které jsou pro péči potřebné. Při pozorování práce sester jsme se zaměřili na to, zda ukládají nemocné prodávající akutní zmatenost/delirium do klidného prostředí. Většina sester se chovala ke zmateným nemocným tak, aby je nemuseli zbytečně přesouvat, ale všimli jsme si také sester, které s nemocnými zbytečně „šachovaly“. Neuvědomovaly si, že to zhoršuje jeho orientaci. Našly se ale i sestry, které na tento přístup nebraly ohled. Šlo o sestru S2 a S7. Sestra S14 používala podobné postupy, ale někdy uvažovala nad tím, zda by konkrétní umístění nemohlo nemocnému přinést větší klid. Sestra S18 nebrala žádné ohledy na diagnózu v souvislosti s umístěním pacienta, dávala nemocné tam, kde pro ně právě bylo místo. S21 se zajímal o umístění pacienta pouze v ohledu na technické zabezpečení, tedy aby dosáhly kabely a lůžko bylo přístupné. Naopak u sester S3 a S8 jsme pozorovali vhodné ukládání nemocného s ohledem na prostředí, snažily se zajistit lůžko, kde by měl nemocný klid a nenacházelo se zde příliš rušivých elementů. Snažily se, aby byl na pokoji sám nebo s někým ohleduplným, ale zároveň aby byl pod dohledem ošetrovatelského personálu a mohlo se předejít komplikacím. S ukládáním do klidného prostředí úzce souvisí i snaha o odstranění co největšího množství rušivých elementů z prostředí pacienta. Myslí se tím odstranění různých kabelů monitoru na nezbytně nutné množství, případně jejich úprava tak, aby se v nich pacient nemotal a aby měly dostatečnou délku. To platí i pro periferní žilní katétry, aby zbytečně nedocházelo k jejich vytahování. U jejich zavádění nás zaujalo, že se sestry zamýšlely nad umístěním, aby nemocnému příliš nepřekážely. Zjistili jsme, že těmto úkonům se věnovaly hlavně sestry pracující na JIP, kde mají pacienty připojené trvale na monitorech a často s tím mají potíže. U sestry S8, S14, S18, S24 jsme si všimli, že se snaží mít nemocného za každou cenu napojeného na monitor, i

když to není nezbytně nutné. Ostatní sestry se snažily upravit prostředí, aby bylo pro pacienta příjemnější.

Druhým sledovaným bodem bylo dodržování rytmu spánek-bdění. U 21 sester jsme vysledovali, že se snažily aktivizovat nemocného v denní dobu, budily je, aby nespali a tím podporovaly spánek v nočních hodinách. Sestra S5 vyhledávala časopisy nebo knihy, kterými by se nemocný mohl zabavit. Jiné sestry zase pomohly nemocnému najít brýle a zajímavé čtení, které přinesla jeho rodina. Další sestry s nemocnými trénovaly dechovou rehabilitaci. Daly si na čas, aby jim to znovu ukázaly a naučily je to. U devíti sester jsme si všimli, že spíše nechají nemocného spát a jeho aktivizaci se nevěnují. Některé je nechtěly budit, protože se domnívaly, že jejich stav je vážný a odpočinek v jakoukoliv dobu je pro ně vhodný. Sestra S18 se takovému opatření nevěnovala vůbec, zdálo se, že je ráda, když nemocný spí.

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

U nemocných s akutní zmateností/deliriem by se měly sledovat známky infekce, fyziologické funkce, možné projevy ledvinného či srdečního selhání, protože mohou stav zmatenosti prohloubit. Tuto oblast měly zajištěnou všechny sestry pracující na JIP, dále také S19 se věnoval sledování těchto aspektů. Ostatní sestry pracující na standardních odděleních nechávaly sledování těchto aspektů většinou pouze na lékaři, samotné se o to nezajímaly.

Pacientům, kteří prodělávají akutní zmatenost/delirium může v orientaci pomoci využívání kompenzačních pomůcek: brýle, naslouchátko, ale také ukázky známých předmětů (fotky, polštářek z domova, plyšák nebo nějaký oblíbený předmět). Co se týče kompenzačních pomůcek, tak se většina sester snažila nemocným pomůcky dávat, aby se s nimi lépe domluvily. Spíše jsme si všimli, že snažily jim více poskytovat

naslouchátka než brýle. Některým sestřám nepřišlo vhodné, aby pacienti kompenzační pomůcky využívali, bála se, aby si je nerozbili, případně si s nimi neublížili. Takové jednání jsme pozorovali u čtyř sester. Ukázkám známých předmětů, se věnovalo 10 z 30 pozorovaných sester. Často u sebe nemocný neměli nic, čím by jim sestry mohly pomoci v orientaci, ale pokud se rodinný příslušníci tázali, co by mu mohli přinést, uváděly sestry fotky, polštáře, ponožky, vlastní parfém a další předměty.

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

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

Předposlední pozorovanou oblastí v rámci intervencí u nemocných s akutní zmateností/deliriem bylo tlumení bolesti a úzkosti. Na tlumení bolesti si dávaly záležet všechny sledované sestry. Využívaly analgetika, které naordinoval lékař, a pokud to nemocnému nestačilo, samotné šly za lékařem, aby prokonzultovaly případné doplnění analgetik nebo změnu medikace. S tlumením úzkosti to bylo o něco složitější, protože

antipsychotika ordinuje lékař, ale u sester S1, S3, S6, S8, S12, S17 a S19 jsme se přesvědčili, že mají zájem pomoci nemocnému i v této oblasti. Zaznamenali jsme spíše ordinování sedativních léků než antipsychotik.

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

## **2. Restriktivní opatření**

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

Některé sestry chápou princip restriktivních opatření a snaží se je využívat opravdu jako poslední volbu. V této oblasti jsme zaznamenali více sester, které využívaly opatření dříve, než bylo nutné. Hlavně pro sestru S2 to byla často první volba, jak „uklidnit“ nemocného, který prodělává stav akutní zmatenosti/delirium. Přistupovala k tomu především u hyperaktivního typu, ale setkali jsme se s tím i u starších nemocných, kteří se ve večerních a nočních hodinách dostávali do stavů zmatenosti. Sestry S1, S3, S5, S6, S13, S15, S17 a S19 projevíly velkou trpělivost s nemocnými. Často je opakovaně slovně upozorňovaly, snažily se jim to vysvětlit a nevyužívaly restriktivní opatření jako první volbu. Snažily se dodat pacientům důvěru a co nejdříve začít s postupným uvolňováním opatření. Pokud se jim zdálo, že by to nemocný zvládl bez omezovacích prostředků, tak to zkoušely bez nich. Většinou postupně, při ranní hygieně nebo při stravování.

Některé sestry při péči o pacienty s akutní zmateností/deliriem, které vzniklo na základě užití alkoholu, přistupovaly k restriktivním opatřením jako k první volbě. Šlo

např. o sestru S2, S4, ale i další. Aniž by se s nemocnými pokusily domluvit, ihned jim přivazovaly ruce, často i nohy. S19 se snažil využívat omezovacích prostředků nahradit komunikací a většinou se to setkávalo s úspěchem.

Sestry S15, S18, S23, S24, S25, S26, S28, S29, které pracují na standardních odděleních s nemocnými s akutní zmateností/deliriem, se potýkaly s problémy, protože na nemocné neměly tolik času, kolik by potřebovaly. Kvůli tomu občas docházelo k situacím, kdy nemocný opustil lůžko a vydal se po pokoji, přičemž si vytrhl periferní žilní nebo permanentní močový katétr. Bohužel docházelo i k pádům nemocných, postranice a invazivní vstupy pro ně nebyly překážkou. Pak u něj museli zasahovat všichni přítomní, aby byl bezpodmínečně dodržen klidový pooperační režim.

Některé případy akutní zmatenosti/deliria se mohou vymykat kontrole, u sestry S2 jsme zažily, že dostala nemocného na „dospání“ po operaci hrudní páteře. Během 15 minut u něj došlo k tak silné hyperaktivní formě zmatenosti/deliria, že musela být využita všechna restriktivní opatření, která jsou na oddělení dostupná. Kombinace psychofarmak, úchopy i omezovací prostředky.

### **3. *Komunikace***

Komunikace je důležitou součástí ošetrovatelské péče, samozřejmě nejen v případě péče o nemocné s akutní zmateností/deliriem. U těchto pacientů může mít velmi příznivé účinky, pokud je prováděna kvalitně a správně. V rámci výzkumného šetření jsme se zaměřili na vstřícnou a srozumitelnou komunikaci, na snahu o vytvoření terapeutického vztahu a důvěry. Také jsme se zaměřili na snahu sester o navození pocitu bezpečí, zda neviní nemocné za jejich projevy v průběhu akutní zmatenosti/deliria a snaží se jejich stav zlepšit pravidelnými informacemi o místě, kde se nachází, a aktuálním čase. Věnovala se tomu většina sester až na sestry S2, S7, S11, S14, S18, S24 a S30. Těchto sedm sester většinou nepodporovalo orientaci nemocného tímto způsobem. Občas se jich zeptaly, jestli ví, kde se nachází, ale už jim neřekly, kde tedy jsou. Ostatních 23 sester se komunikaci věnovalo: pacientů se ptaly na to, kde se nachází, vhodně odpovídaly nebo nemocné opravovaly. Pomoc v orientaci nemocného místem, časem i osobou tedy poskytovala většina sester.

Sestra S1 navazovala dobře vztahy s nemocnými, protože byla milá a ochotná, snažila se s nemocnými na všem domluvit. U sestry S2 se projevovala vhodná komunikace podle toho, o jakého nemocného pečovala. Když byl nemocný verbálně agresivní nebo nebyl slušný, neměla problém se k němu chovat obdobně. Sestra S3 se



chovala k nemocným hezky bez ohledu na to, jakou měli diagnózu a jak se chovali. Sestra S4 příliš nedbala na navození dobrého vztahu s nemocnými, nechala se ovlivnit jejich chováním. U sestry S5 jsme se setkali s vlídným chováním vůči klidným nemocným, ale u agitovanějších případů akutní zmatenosti/deliria byla rázná a neochotná. Sestra S6 se velmi snažila získat důvěru pacienta, chovala se k nemocným mile a ochotně i přes některé nevhodné chování nemocných způsobené aktuální diagnózou. Sestra S7 se chovala rázně a přísně, nenavazovala s pacienty dobrý vztah. Sestra S8 byla velmi komunikativní, měla k nemocným pozitivní vztah a nedělala při péči rozdíly. Sestra S9 přistupovala k nemocným pozitivně a snažila se s nimi domluvit, jak jen to šlo. Sestra S10 měla k nemocným vlídný a upřímný přístup, komunikaci vedla v klidném tónu. Dobře navazovala vztah s nemocnými.

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

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

a ochotně. Sestra S30 s nemocnými měla potíže, neuměla si získat jejich důvěru, byla totiž netrpělivá.

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

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

#### **4. Hodnoticí škály**

V rámci pozorování využívání hodnoticích škál jsme se setkali s velkým neúspěchem. Na žádném oddělení se toho času nepoužívala žádná hodnoticí škála vztahující se přímo na delirium nebo akutní zmatenost. Setkali jsme se s různými škálami: šlo např. o Glasgow Coma Scale (GCS), Barthelův test, Nutriční screening, ale s žádnou specifickou. Jediná GCS se může pro delirium využít, protože se v záznamu dají zjistit změny ve stavu vědomí, a to jak k lepšímu, tak i k horšímu.

Zjistili jsme, že na některých odděleních se píšou v rámci ošetrovatelské péče ošetrovatelské diagnózy. Od sestry S1 jsme se dozvěděli, že se dříve u nich na oddělení používala ošetrovatelská diagnóza „*akutní zmatenost*“. Do intervencí psaly postranice u lůžka, zvýšený dozor atd. V současné době, ale většina oddělení nepoužívá hodnocení pomocí ošetrovatelských diagnóz. Někde se pouze zakládaly, ale intervence už se nezapisovaly. U nemocných, kteří prodělávali akutní zmatenost/delirium a využívaly se u nich omezovací prostředky, sestry sledovaly hybnost a citlivost. U těchto opatření kontrolovaly i příjem a výdej tekutin. Sestry nemají hodnoticí škály v oblibě. Jsou pro ně zbytečným papírováním a ztrátou času, jak uváděly. Doporučené hodnoticí škály pro akutní zmatenost/delirium tedy neznaly.

#### 4.2 Identifikační údaje - pozorování pacientů

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

#### **4.2.1 Seznam kategorizačních skupin - pozorování pacientů**

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

##### **1. Etiopatogeneze**

Základní příčinu vzniku akutní zmatenosti/deliria jsme rozdělili na tři skupiny: extrakraniální, intrakraniální a primárně psychickou. Do skupiny extrakraniální příčiny jsme zařadili celkem 21 pozorovaných pacientů. Ve většině případů se jednalo o úrazy hlavy nebo polytrauma, zánětlivé onemocnění, abúzus návykových látek nebo také o metabolické poruchy. Pět pacientů spadalo zároveň do extrakraniální, ale i intrakraniální příčiny. Byli to pacienti P1, P2, P10, P17 a P27. U pacienta P1 se jednalo o kombinaci SDH se zlomeninou očnice a dalšího obličejového skeletu, nemocný také trpěl ICHS a měl kontuzi ramene. Pacient P2 byl hospitalizován po opakovaných pádech pro CHSDH, ASDH v kombinaci s plicním infektem, srdeční nedostatečností a DM II. typu. Pacient P10 trpěl epilepsií, měl zlomeninu lebeční kosti a abúzus drog. Pacient P17 byl přijat jako polytrauma, utrpěl mnohočetné zlomeniny lebeční kosti, akutní respirační selhání, ložiskové poranění mozku, sériovou zlomeninu žeber, kontuzi plic a otevřené rány obličejové části. Pacienta P27 lékaři přijali pod vlivem alkoholu s komocí mozku. Kombinaci extrakraniální a primárně psychické příčině odpovídali čtyři pacienti. Byli to pacienti P7, tento muž spadnul z motorčky pod vlivem pervitinu, byl u něho shledán depresivní syndrom. Zlomil si sedmý krční obratel a měl tržnou ránu na obočí. Pacientka P9 byla ve vysokém věku, trpěla stařeckou demencí a hospitalizována byla pro zlomeninu krčku stehenní kosti. Zároveň se jednalo o polymorbidní pacientku. Pacient P11 byl sražen osobním automobilem a utrpěl zlomeniny stehenní kosti. Byl závislý na tramadolu a benzodiazepinech, už dříve byl vyšetřován psychiatrem. Pacient P21 byl hospitalizován pro plánovanou operaci enterovesikální píštěle a trpěl neurčitou demencí. Do skupiny intrakraniální příčiny spadalo celkem 15 pacientů, ale pouze čtyři z nich měli intrakraniální příčinu bez kombinace s dalšími dvěma skupinami. Pacient P4 měl SAK, SDH a kontuzi mozku. Pacient P8 SAK a SDH. Pacientka P15 upadla při epileptickém záchvatu a způsobila si ASDH, SAK a kontuzi. Pacient P18 měl CHSDH. Intrakraniální příčina a primárně psychická příčina se kombinovala jen u pacienta P13, který měl SAK a demenci

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

V rámci etiopatogeneze jsme si položili otázku, zdali u pozorovaných nemocných došlo v posledním období k vysazení některých látek, které by mohly navodit akutní zmatenost/delirium. Např.: alkohol, drogy nebo farmaka (hlavně opiáty nebo návykové léky). Dále změny prostředí nebo životní události. Možným důvodem pro vznik deliria byl u devíti pacientů (P2, P4, P5, P12, P18, P20, P22, P23 a P27) alkohol. V případě pacienta P2 to nebylo přímo dokázáno, ale pacient se často ptal po pivu a sám uváděl, že si ho dává často, i několik denně. Podle vyšetření neurologem byl stav nemocného zhodnocen jako delirium z abúzu alkoholu. Pacient P4 si způsobil úraz na kole pod vlivem alkoholu, pacient P5 byl také pod vlivem alkoholu, ale srazil ho osobní automobil. V dalších případech to byly pády rovněž pod vlivem alkoholu. Pacienti P22 a P23 měli alkohol v záznamech z předchozích hospitalizací, pacient P23 dokonce trpěl jaterní cirhózou způsobenou alkoholem. Akutní zmatenost/delirium navozené drogami bylo zjištěno u dvou pozorovaných pacientů (P7 a P10). Pacient P7 je muž, který havaroval na motorce a přiznal pravidelné užívání pervitinu, který užil i před jízdou. Pacient P10 je mladík s diagnózou epilepsie. Podle jeho slov užil drogu prvně, přesto si tím po dlouhé způsobil epileptický záchvat s následkem zlomeniny lebeční kosti.

Stav zmatenosti/delirium může způsobovat i vysazení dlouhodobě užívaných léků nebo předávkování. Akutní zmatenost/delirium způsobené léky jsme vyzorovali u čtyř nemocných, konkrétně u P5, P11, P14 a P21. U P5 je jednalo o užívání Fentanylových náplastí. Tento nemocný byl současně v dřívějších letech vyšetřován psychiatrem, protože kombinoval alkohol a léky na DM a nevykazoval známky normálního chování. Nyní k tomu přibýly náplastí na bolest. Po stabilizaci stavu byl přeložen na psychiatrické oddělení. Pacient P11 měl prokázanou závislost na tramadolu a benzodiazepinech. Podle záznamů byl nemocný opakovaně vyšetřován psychiatrem a opakovaně navštěvoval různá oddělení, kde předstíral, že mu byl ukraden batoh s léky, a žádal předpis. U pacienta P14 se lékaři domnívali, že by stav mohl být

způsoben dlouhodobým užíváním léků na Parkinsonovu nemoc a pacient P21 dlouhodobě užíval palgotal, který obsahuje návykový tramadol a paracetamol.

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

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

## **2. Klinický obraz, forma deliria**

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

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

dnů od úrazu, hlavně u těch, kteří pravidelně užívali alkohol nebo jiné návykové látky. Například pacient P12 se do stavu zmatenosti dostal pět dnů od příjmu na oddělení.

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

Do klinického obrazu jsme také zařadili dezorganizaci myšlení, která se vyskytovala až na pacienta P14 u všech ostatních pozorovaných nemocných. Projevovala se tak, že si nebyli schopni dát dohromady souvislou větu, pletla se jim slova, nemohli najít správné pojmenování pro známé předměty (např. tužku). Na otázky, kde se nachází, odpovídali nesmyslně, ošetrovatelský personál i lékaře nazývali jmény svých kamarádů a rodinných příslušníků. Při otázkách na datum se stávalo, že netrefili ani století. V jejich projevu se těžko hledaly vyjádření, která ve skutečnosti chtěli říct.

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

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

### **3. Rizikové faktory**

Dali jsme dohromady čtyři rizikové faktory, které by mohly souviset se vznikem akutní zmatenosti/deliriem. Jsou to: demence, hypertenze, alkoholismus nebo drogy a závažnost kritického stavu. Do rizikové skupiny demence jsme zařadili tři pacienty: P2, P14 a P25. Pacient P2 měl mezi diagnózami demenci související s vysokým věkem, proto do této skupiny patřil. Mimo jiné byl zařazen i do rizikové skupiny: alkoholismus, neboť se u něj zjistilo časté užívání alkoholu. Zároveň byl pro svůj těžký stav ve skupině: závažnost kritického stavu. Pacient P14 trpí Parkinsonovou chorobou a byl ve vyšším věku, proto jsme ho zařadili do této kategorie. Poslední pacient P25 měl stejně jako P2 ve zdravotnické dokumentaci zaznamenanou stařeckou demenci. Tento nemocný také trpěl chorobou DM II. typu a byl po CMP.

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



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

#### **4. Komplikace**

Stav akutní zmatenosti/deliria u nemocných často způsobuje jednání, které komplikuje ošetrovatelskou a lékařskou péči. Většinou dochází k tomu, že si nemocní vytahují cévní vstupy, močové katétry nebo se snaží opustit lůžko. Pak může dojít i k pádům. Pacient tedy musí být pod kontrolou.

U námi sledovaných pacientů docházelo i k dalším komplikacím. U pacienta P1 to bylo opakované odkládání kyslíkové masky, čímž si způsoboval hyposaturaci. Její následky by se pak museli léčit. Pacient P6 si ve stavu pooperační zmatenosti/deliria vytrhnul drén z operační rány a tím si ztížil její hojení. Další vcelku častou komplikací bylo napadání ošetrovatelského personálu, jako například u pacienta P4, P6, P8, P17 a P19. V některých případech muselo dojít i k restriktivním opatřením od úchopu po využití omezovacích prostředků. Dokonce jsme byli i svědky zásahu pracovníků ochranky, jinak se čelit agresivně zmatenému pacientovi nedalo. Zažili jsme i využívání síťového lůžka u nemocných, kteří nevyžadovali přímé sledování a monitoring fyziologických funkcí. Většinou se jednalo o pacienty pod vlivem alkoholu, kteří měli drobné tržné rány a vykazovali známky agresivního chování.

U žádného námi pozorovaného pacienta nedošlo k pádu, ale k opuštění lůžka ano, někdy stačila pouze chvilková nepozornost personálu, třeba když se věnoval nemocnému na vedlejším lůžku.

## **5. Diagnostika**

Při pozorování diagnostiky akutní zmatenosti/ deliria u nemocných jsme se zaměřili na vyšetření různými odborníky. Šlo hlavně neurologické, interní, psychologické nebo psychiatrické vyšetření. Následovala laboratorní vyšetření, hlavně náběry krve a radiologické vyšetření.

Až na dva pacienty (P4 a P26) bylo u všech pozorovaných provedeno neurologické vyšetření. Časté bylo také interní vyšetření. Další vyšetření se odvíjela od základního onemocnění. Vzhledem k velkému procentu úrazových pacientů to byla chirurgická, oční, stomatochirurgická a další specializovaná vyšetření. Psychologické nebo psychiatrické vyšetření se zpravidla provádělo na základě doporučení neurologa nebo internisty, ale zaznamenali jsme i požadavek od ošetřujícího lékaře, kterému se chování nemocného nezdálo. Psychologické vyšetření se provádělo u deseti pozorovaných pacientů (P2, P5, P7, P8, P9, P15, P16, P17, P19 a P22). Psychiatrickým vyšetřením prošlo šest pacientů (P1, P4, P11, P12 a P21). U pacienta P5 byly nutné obě. U 11 pozorovaných se neprovádělo ani psychologické, ani psychiatrické vyšetření. U třech pacientů: P10, P13 a P27 akutní zmatenost/delirium odeznělo během pár dnů, proto tato vyšetření nebyla nutná. U některých nemocných byla stanovena diagnóza akutní zmatenosti/deliria už neurologem nebo internistou a stav nevyžadoval konzultaci psychologa či psychiatra, jelikož nasazená medikace působila dostatečně. Objevili jsme i případy, u kterých se na toto vyšetření nemyslelo.

Všem nemocným byla při příjmu odebrána krev na krevní obraz, biochemický rozbor a hemokoagulaci. Z biochemického rozboru krve byly důležité hlavně hodnoty minerálů, zánětlivé markery, srdeční, ledvinné a jaterní funkce. Na odděleních JIP a ARO byly příjmové náběry doplněny o odběr krve na srdeční enzymy, u úrazů se lékaři zaměřovali na hodnoty myoglobinu. V případě podezření, že pacient je pod vlivem alkoholu, nabírala se i krev na Widmarkovou zkoušku (přítomnost alkoholu v krvi). Ve dvou případech se prováděl i toxikologický rozbor krve a moči, a to vzhledem k možnému a později potvrzenému abúzu drog. Krevní náběry byly většinou doplněny o rozbor moči podle zvyklostí oddělení. Ve všech případech se náběry opakovaly kvůli kontrolám a sledování vnitřního prostředí nemocného. U pacienta P1 se

nabíral arteriální Astrup pro rozbor krevních plynů, důvodem byla opakovaná hyposaturace.

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

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

### 4.3 Identifikační údaje - rozhovory se sestrami

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

SS1 je žena ve věku 27 let, která pracuje pět let na chirurgickém oddělení, vystudovala Mgr. v chirurgickém ošetřovatelství. SS2 je žena pracující dva roky na chirurgickém oddělení, studovala Bc.- všeobecnou sestru. SS3 je žena se SZŠ, je jí 38 let a pracuje 16 let na chirurgickém oddělení, z toho osm let na chirurgické JIP. SS4 je žena ve věku 24 let, pracuje dva roky na chirurgické JIP, vystudovala Bc. SS5 je žena pracující ve věku 24 let, pracuje dva roky na chirurgické JIP, má titul Bc.

SS6 je muž ve věku 27 let, vystudovaný Mgr., pracuje pět let na chirurgické JIP. SS7 je muž ve věku 32 let, vystudoval Bc., pracuje na chirurgickém oddělení osm let, z toho poslední rok přešel na ambulanci. SS8 je žena ve věku 29 let, má titul Bc. A specializaci ARO-JIP. Pracuje na chirurgické JIP sedm let. SS9 je žena ve věku 31 let,

má bakalářské vzdělání, pracuje také na vybrané chirurgické JIP devět let. SS10 je muž ve věku 31 let, pracuje sedm let na chirurgickém oddělení.

SS11 je žena ve věku 34 let, pracuje 12 let na chirurgickém oddělení, vystudovala VOŠ. SS12 je žena ve věku 24 let, pracuje dva roky na chirurgické JIP, vystudovala titul Mgr. v chirurgickém ošetřovatelství. SS13 je žena pracující tři roky na chirurgické JIP, vystudovala Bc. SS14 je žena ve věku 25 let, vystudovala Bc. a pracuje pět let na chirurgickém oddělení. SS15 je žena ve věku 32 let, pracovala čtyři roky na standardním oddělení, nyní už osm let na chirurgické JIP, vystudovala SZŠ a udělala si specializaci ARO-JIP. SS16 je žena ve věku 27 let, která pět let pracuje na chirurgické JIP, má titul Bc. SS17 je žena pracující na chirurgické JIP pět let, vystudovala Bc. SS18 je žena ve věku 42 let, vystudovala Bc. a pracuje 18 let na vybrané chirurgické JIP.

#### **4.3.1 Seznam kategorizačních skupin - rozhovory se sestrami**

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

##### **1. Projevy deliria**

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

případech si sestry myslely, že se jedná o identickou diagnózu, tedy, že delirium a akutní zmatenost je stejná diagnóza: „Podle mě je to jedno a to samé“ (SS1). Nebo že to může být jen rozdílný název: „Nemyslím si, že je v tom rozdíl, jsou to jen rozdílné názvy pro stejnou diagnózu“ (SS12). Podobné odpovědi uváděly i sestry SS7 a SS14.

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

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

*taky si myslím, že člověk, který je zvyklý na svoje prostředí a pak ho musí změnit, tak u něho se to taky rozvine.“* Sestra SS18 se domnívala, že akutní zmatenost/delirium je způsobeno špatným dávkováním léků, hypoxií nebo neurologickými poruchami - epilepsií: *„Intoxikace drogami, alkoholem. Špatné dávkování léků. Hypoxie. Horečky. Neurologické poruchy – epilepsie.“*

## **2. Intervence**

Sestry napadaly různé zásady, jak k nemocným přistupovat. Udávaly například dostatečnou trpělivost, jasnou komunikaci a toleranci: *„Dostatečná trpělivost, jasná komunikace, tolerance, nevyvracet jim to, co nám sdělují, nehádat se a nezvyšovat hlas“* (SS1). Sestra SS18 doplnila, že by zapojila rodinu nemocného, věnovala pacientovi více času a byla otevřená všem možnostem: *„Empatie, správně komunikovat, práce s rodinou, dodržování ordinací lékaře, být otevřená všem možnostem. Věnovat pacientovi více času.“* Dále také vysvětlovaly přístup podle stavu nemocného a snahu o pochopení jeho potřeb: *„Přistupovat k němu s ohledem na jeho stav. Pokusit se zjistit pacientova přání a dát najevo zájem“* (SS2). *„Opatrně především (smích)“* (SS3). Pro některé sestry bylo podstatné zjistit, jakou má akutní zmatenost/delirium příčinu: *„Zásadou je podle mého názoru nalézt příčinu, která delirium způsobuje, a pokud je to možné, co nejdříve ji odstranit“* (SS5).

Pro některé bylo velmi důležité zajištění bezpečnosti nemocného: *“V první řadě je potřeba zajistit jejich bezpečnost, aby si nezpůsobili poranění, dále také v souvislosti s dalšími osobami, aby nedošlo k jejich napadení. Následná je také bezpečnost moje a dalšího personálu“* (SS6). Na důležitosti správné komunikace se shodlo hned několik sester (SS5, SS6, SS7, SS12, SS13 a další). Některé sestry se také zmínily o časném užívání omezovacích prostředků: *„Spoustu sester to řeší tak, že se s nimi začnou hádat, dávají jim léky a zavážou je. Já bych se spíše snažila udělat jim klidné prostředí a zajistit pravidelný režim“* (SS13). *„Zbytečně nepoužívat omezovací prostředky“* (SS14). Pro sestru SS14 bylo důležité mít na takového nemocného dostatek času: *„Mít na ně dostatek času.“* Některé sestry by se zaměřily na dostatečnou hydrataci, prevenci pádů, dekubitů a další intervence: *„Klidný, empatický přístup, dostatečná hydratace, prevence pádu, dekubitů, polohování“* (SS4). Sestry udávaly i dodržování denních aktivit: *„Snažit se dodržovat biorytmy“* (SS10). Pro sestru SS15 byla důležitá trpělivost a farmakoterapie: *„Být více trpělivá a podávat léky k tišení momentálního stavu.“*

Sestra SS1 by dávala pozor na to, aby měl nemocný své osobní věci na dosah: *„Mít své osobní věci na dosah.“* Tento názor sdílela i sestra SS15: *„Věci, které znají - hudba,*

fotky.“ Také sestry SS16, SS17 a SS18 měly stejný názor: „*Osobní věci, polštář, voňavka, fotky, povlečení, plyšák.*“ (SS16) nebo „*Cokoliv, co přinese rodina - od osobních věcí po dárky*“ (SS18). Sestry se shodovaly na tom, že by nemocnému v orientaci mohlo pomoci opakování místa, kde se nachází, co se mu stalo, jaké je datum nebo denní doba, jestli ráno, poledne nebo večer a kolik je hodin: „*Opakovat jim, kde jsou, co se stalo, že jsou v nemocnici, v jaké nemocnici, jaké je datum a kolik je hodin*“ (SS3)., „*Opakováním, kde se nachází, co se stalo, jaký je den a datum, kolik je hodin, denní doba - ráno, poledne, večer*“ (SS11)., „*Pomáhat s orientací, nehádat se s nimi o tom, co si myslí*“ (SS12). Také by mohlo pomoci mít někde na očích hodiny a kalendář: „*Hodiny, kalendář, návštěvy rodiny*“ (SS4)., „*Ted' mě napadly asi hodiny*“ (SS14). Také se shodovaly, že velkým pomocným aspektem by mohla být přítomnost rodiny: „*Kontakt s rodinou*“ (SS8)., „*Předměty z domu, co by jim přinesla rodina, kontakt se známým prostředím*“ (SS13). Dalším často zmiňovaným bodem byla komunikace, která by podle sester měla být klidná: „*Důležitou zásadou je správná komunikace*“ (SS5)., „*Dialog s personálem, rodinou či někým známým*“ (SS7). Některé sestry popisovaly, že by měl pomoci pravidelný denní režim, spánek, strava nebo také léky: „*Myslím si, že hodně pomůže pravidelný režim. Ted' mě ještě napadá, že by bylo dobře, když máš třeba tři denní, abys měla pokaždé toho člověka na starosti. Aby se o něho nestaralo více lidí, možná i nějaký rituál, že třeba při hygieně u něho budeš pouze ty*“ (SS13)., „*Určitě spánková hygiena, pokud je to možné. Strava a celkově se snažit navodit zdravý režim. I léky zde hrají velkou roli-na zvážení podle průběhu zmatenosti a nemoci*“ (SS7). Sestry také uváděly, že by nemocným mohly pomoci fotografie rodiny, na které by viděl, nebo nějaké známé předměty: „*Mohou pomoci i věci pacientovi blízké. Fotografie rodiny či předměty, na které je zvyklý*“ (SS2)., „*Fotky rodiny, známé předměty*“ (SS12)., „*Rodinné fotografie, vlastní věci-polštář, plyšák*“ (SS9)., „*Fotografie na nočním stolku*“ (SS1). Stalo se také, že sestru nenapadlo nic konkrétního, co by nemocnému mohlo pomoci: „*Nenapadá mě ted' nic*“ (SS6). Většina sester se shodovala na tom, že by doporučila přítomnost rodiny u nemocného, který prodělává akutní zmatenost/delirium. Některé udávaly souvislost s neznámým prostředím: „*Ano. Pacienta to uklidňuje a rodina je informována o stavu pacienta a může vidět postupné zlepšení*“ (SS18)., „*Určitě ano, nemocniční prostředí je pro ně cizí a kontakt s rodinou by mohl přispět k výraznému zlepšení stavu*“ (SS1). Jiné zase uváděly souvislost s psychickým stavem nemocných: „*Určitě, pacienti pak nemají pocit, že jsou opuštěni a stále mají určitou naději. Někdy se nám stává, že když rodina*



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

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

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

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

Sestry by ke každému nemocnému přistupovaly stejně profesionálně: „Ke všem pacientům bychom měli přistupovat profesionálně a zajímat se o ně a jejich potřeby. Pokud u pacienta probíhá delirium, je důležité dbát na větší dohled, projevovat o pacienta zájem“ (SS5)., „Ne. Základ je stejný bezpečnost pacienta a personálu, komunikace a dodržování ordinace dle lékaře. U delirantního pacienta se spíše očekává změna chování a stavu vědomí, proto je na místě větší obezřetnost a dohled“ (SS6). Někdy je třeba být více ve střehu: „Vesměs je přístup stejný. Akorát u zmatených se snažím podle jejich stavu zapojit více, řekl bych, že jsem více ve střehu“ (SS7). Určitě by sestry neměly stejný přístup k orientovanému nemocnému a k nemocnému, který

prodělává akutní zmatenost/delirium: „*To určitě ne. Ani to nejde. Chovat se k pacientovi, který je plně orientovaný jako k pacientovi s deliriem by nebylo vhodné. Myslel by si o mě asi, že s ním mluvím jako s malým dítětem. Ke všem se, ale chovám stejně slušně*“ (SS2). „*Nemohou mít stejný přístup. Chovám se ke každému odlišně*“ (SS3)., „*Rozhodně ne, to ani nejde*“ (SS8). Delirantní nemocný potřebuje jednodušší způsob komunikace a správné výrazy: „*Ne. K delirantnímu nemocnému je zapotřebí přistupovat v klidu s jednoduchými výrazy a stálým opakováním*“ (SS9). Některé sestry zastávaly i názory, že si delirantní nemocný zaslouží stejný přístup jako nemocný plně orientovaný: „*Ano*“ (SS10). Další sestry udávaly, že by volily pro každého nemocného individuální přístup: „*Ne, ke každému individuálně*“ (SS4)., „*Ne, to by určitě nešlo, každý člověk potřebuje individuální přístup, se zmateným pacientem je více práce*“ (SS11)., a „*V žádném případě ne, to by ani nešlo. Zmatený člověk potřebuje častější kontakt, pozornost, péči atd...Mimo jiné každý nemocný potřebuje individuální přístup, nelze je házet do jednoho pytle*“ (SS12). Pro nemocného, který prodělává akutní zmatenost/delirium, některé sestry potřebují více času: „*Delirantnímu věnuji více času, a to v tom smyslu, že na něho dohlížím i o nočních, aby nebláznil nebo si něco neudělal*“ (SS13).

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

účinek. *Nejde to říct si jo, teď je v pohodě, nic mu nedáme do večera zdivočít a noční směna bude do rána bojovat s tím, aby ho trochu zklidnila*“ (SS12). Na některých odděleních je zvyklostí sedativní léky podávat pouze na noc, pokud to ale stav vyžaduje, musí nemocné tlumit i přes den: *„U nás na oddělení se léky na tlumení snažíme dávat jen na noc. Ale když jsou pacienti fakt divocí, tak dáváme je i přes den*“ (SS13). Sestra SS15 a SS16 by nevynechávaly sedativní léky během denní doby, a naopak sestry SS17 a SS18 se o to snažily.

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

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

### **3. Hodnoticí škály**

Sestry neznaly hodnoticí škály určené konkrétně na akutní zmatenost/delirium. Jedinou uvedenou škálou, kterou na hodnocení používají, je Glasgow Coma Scale: *„Na akutní zmatenost ne, pouze GCS*“ (SS4). Uváděly, že hodnocení těchto nemocných provádí lékař a zaznamenává to do zdravotnické dokumentace: *„Ne, pokud pacient prochází deliriem, vyhodnocení provádí lékař*“ (SS5)., *„Ne, hodnocení provádí lékař a*

*zapisuje je do lékařské dokumentace“ (SS6). Na některých odděleních bylo zrušeno hodnocení pomocí ošetřovatelských diagnóz: „Hodnocení ošetřovatelských diagnóz se u nás na oddělení zrušilo, ale vím od kolegyň, že dříve se tato hodnocení zakládala“ (SS12). Přesto znaly ošetřovatelskou diagnózu „akutní zmatenost“ z hodnocení v minulých letech: „Dříve ano, dnes už ne. Když se vedlo, psalo se do něj, že jsou zábrany u lůžka, kurty a jaká byla preventivní opatření...výsledek to nemělo, ale vedlo se“ (SS3). Tam, kde se stále používají ošetřovatelské diagnózy a píšou se, neznaly sestry právě tuto: „Hodnocení pomocí ošetřovatelských diagnóz používáme, ale přímo na akutní zmatenost nemáme žádné hodnocení“ (SS13). Setkali jsme se s názorem, že by bylo dobré začít tuto ošetřovatelskou diagnózu zaznamenávat, protože je to velmi důležité: „Já bych tuto diagnózu do ošetřovatelské anamnézy zaznamenával. Je to důležitý fakt“ (SS7). Pro některé sestry je psaní ošetřovatelských diagnóz zbytečným papírováním: „Tuto diagnózu neznám...je to zbytečné papírování“ (SS11).*

#### **4. Komunikace**

Ve dvou případech v sobě sestry našly prvotní nejistotu, ale když nad tím přemýšlely, na nějaké zásady komunikace s pacientem prodávajícím akutní zmatenost/delirium přišly: *„Vlastně nevím. Komunikace s těmito pacienty je velice náročná, vždy se snažím udělat opravdu maximum, ale když to nepomáhá, jsem mnohdy zoufalá“ (SS1). „Nejsem si úplně jistá, asi bych se snažila mluvit v klidu a dávala bych jednoduché pokyny“ (SS14). Velká část se přikláněla ke klidnému přístupu: „Snažím se k nim přistupovat klidně“ (SS3)., „Klidná komunikace, mít o pacienta zájem. Pokud je pacient agresivní, je důležité zůstat v klidu. Mluvit s pacientem příjemným a srozumitelným hlasem. Vyvarovat se prudkých projevů, projevit empatii, zaměřit se na pocity pacienta“ (SS5). Sestry uváděly komunikaci bez zbytečného dohadování: „Nevyvracela bych mu to, v co věří“ (SS13)., „Nevyvracet přesvědčení klienta, odvést pozornost na jiné věci“ (SS4). „Nedohadovat se s ním“ (SS13). Také by se vyvarovaly agresivního chování, zvyšování hlasu, špatného neverbálního projevu: „Nezvyšovat hlas, dát si pozor na neverbální komunikaci“ (SS4)., „Vyvarovat se agresivity“ (SS10)., „Nezvyšovat zbytečně hlas, použít jasné a stručné věty“ (SS11). Sestry se snaží chovat empaticky, lidsky, všechno by v klidu vysvětlily: „Empatie, lidský přístup. Vše se snažit vysvětlit a oznámit“ (SS7). „Být více empatická, opakovat věty, mluvit pomalu“ (SS18). Vyhledávaly by jednoduché, srozumitelné a nekomplikované výrazy: „Především zjednodušit komunikaci, aby byla nekomplikovaná, dobře srozumitelná a jasná. Žádné složité věty, ale jednoduché příkazy“ (SS6)., „Pouze jednoduché výrazy a jejich*

opakování“ (SS9)., „Mluvit více zřetelně a pomalu, používat jednoduché věty“ (SS15). Nehádaly by se s nimi nebo na ně dokonce nekřičely, ale mluvily by dostatečně nahlas: „Snažit se za jakékoliv situace udržet si klidnou hlavu, nehádat se s nimi, nekřičet na ně, vyslechnout, co říkají, mluvit s nimi srozumitelně. Dostatečně nahlas, v jednoduchých větách, bez zbytečných podrobností“ (SS12)., „Nedohadovat se s nimi, nebyť na ně zlá, tím, že budu proti nim, to ještě vystupňuji“ (SS13). Sestry také uváděly, že by se vyhnuly zbytečným narážkám a neprovokovaly nemocné: „Nepoužívat žádné narážky na nemocného. Především se nenechat vyprovokovat a nevyprovokovat pacienta“ (SS2). Vyhnuly by se zahlcení pacienta mnoha informacemi najednou, ale snažily by se je sdělovat postupně a případně opakovat: „Přikláním se k postupnému přidávání informací, v akutním stavu mu nevysvětlovat, že to má popletené, ale jen zajistit bezpečí a při ústupu uvádět věci, tak jak jsou“ (SS8).

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

Také se našly sestry, které by tyto informace předaly až po dotaze nemocného: „Někdy, když se sám zeptá“ (SS4)., „Když se pacient zeptá, tak mu kulantně o tomto stavu řeknu, ale vynechám informace, které by mohly ovlivnit psychické rozpoložení

*a tudíž i průběh léčby. Ať už se pacient zachoval jakkoliv“ (SS7). Sestra SS2 brala ohled na skupinu dementních pacientů, u kterých se také akutní zmatenost/delirium vyskytuje: „U dementních pacientů většinou ne. U ostatních ano. Někdy se stane, že si pacient něco pamatuje a ostatní má v mlze.“*

## 5 Diskuze

### 5.1 Diskuze - pozorování sester

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

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



spíše způsobují nervozitu a následně i agresivní chování. Pokud nemají monitory ztišené alarmy, po odpojení kabelů, které snímají srdeční činnost, měří tlak nebo snímají hodnoty saturace pomocí čidla, začnou vydávat nepříjemné zvuky. Pro personál to je sice „výhoda“, protože může dříve zareagovat na nestandardní situaci, ale pro pacienta je to nepříjemnost. Monitorovací zařízení často netolerují ani plně orientovaní nemocní. Pro sestry je to tedy složitá komplikace, nemocné s akutní zmateností/deliriem potřebují mít napojené na monitorech, aby mohly sledovat jejich fyziologické funkce a na případné změny adekvátně reagovat. Domníváme se, že nejlepší variantou by bylo eliminovat množství kabelů na nezbytně nutné, tedy pokusit se mít kontinuálně zajištěné hodnoty srdeční frekvence, ať už ze saturačního čidla nebo ze svodů na EKG. Manžetu na měření krevního tlaku po každém měření sejmout a při dalším zase navléknout, nenechávat ji nemocnému po celý den. Každý nemocný bude lépe snášet jinou variantu, proto je vhodné je všechny vyzkoušet a přijít na to, co bude pro obě strany nejlepší, případně se pokusit s nemocnými domluvit. U námi pozorovaných sester jsme si všimli, že se snaží mít některé nemocné za každou cenu zbytečně napojené na všech variantách snímání a musí u nemocného stát každých pět minut, opakovaně nalepovat svody, přemotávat manžetu a umístit saturační čidlo, které často nemocní demontují a rozbijí. U nemocných s akutní zmateností/deliriem by bylo lepší používat nalepovací saturační čidlo. Pro pacienty je rovněž nepohodlné a nepříjemné, když je někdo neustále upozorňuje a opakovaně připojuje na monitorovací zařízení, protože oni si neuvědomují důležitost hlídání fyziologických funkcí.

Bylo by vhodné, aby se sestry zamýšlely nad těmito postupy. Jednorázové změření krevního tlaku nikomu neublíží, ale je to nepříjemné, u některých pacientů to způsobuje drobné hematomy. Také materiál, ze kterého jsou vyrobeny manžety na měření krevního tlaku, není vhodný na kontinuální měření. Co se týče EKG svodů, stačí, aby se nemocní mírně natočili na bok, a kabely přilehnou, poté je tlačí nebo omezují.

Neklidné prostředí byly sestry schopny zlepšit kvalitní komunikací, kterou Káňová a Ševčík (2015) zařadili mezi nejdůležitější nefarmakologická opatření. Vycházeli jsme z poznatků teoretické a praktické části diplomové práce a shodneme se s dříve citovanými autory. Komunikace by měla být vedena na klidné vlně, nemocného bychom neměli zahltit informacemi. Věty by měly být jednoduchého charakteru bez odborných výrazů, slova bychom měli volit tak, aby nám pacient rozuměl. Zdravotníci často využívají právě odborné zdravotnické výrazy a zapomínají na to, že ani oni by dříve takovým slovům nerozuměli. Pozorované sestry si na komunikaci s nemocnými

s akutní zmateností/deliriem nechávaly více času, aby měly prostor pro zopakování popř. k zodpovězení dalších otázek.

Komunikace úzce souvisí s reorientací nemocných. Sestry, které si nedávaly záležet na komunikaci, měly v této oblasti značné potíže s nemocnými. Viděli jsme i odtažitě, nevlídné přístupy, někdy i zvyšování hlasu a hrubé chování. Některé sestry se občas nechávaly unést chováním nemocných, obzvláště pokud byl některý z nich agresivní a vulgární. Vsázely na to, že si nemocný po odezdění stavu nebude nic pamatovat, ale to je velmi neprofesionální a nevhodné chování. Tyto sestry byly silně proti názoru, že nemocný za své chování nemůže, protože je ovlivněn svým onemocněním. Podobné informace získala Vanišová (2018) ve své bakalářské práci. Ve formě rozhovorů zjišťovala, jak sestry komunikují se zmatenými nemocnými. Někteří její respondenti se nenechali chováním rozhodit a nepřistoupili na nevhodné chování, ale i ona objevila sestry, které se nechaly vyvést z míry. Stávalo se, že řekly nemocným něco nevhodného nebo se s nimi bavily jako s malými dětmi. Gerlová (2016) se zaměřovala v rámci komunikace na reorientaci nemocného. Své výzkumné šetření založila na kvantitativních datech. Získala celkem 212 dotazníků. V dotazníku měla tyto položky zaměřené na reorientaci: přítomnost hodin, kalendáře, opakování informací o denním režimu a reorientace komunikací. V rámci našeho pozorování jsme se zaměřily na viditelnost hodin, slabé noční osvětlení, trvalý kontakt s ošetrovatelským personálem a ukázky známých předmětů (fotky nebo jiné předměty donesené z domova). V případě výzkumu Gerlové (2016) byly viditelné hodiny u 79 % pacientů, kalendář pouze u 7 %. Sestry opakovaně informovaly o denním režimu v 89 % a podporovaly reorientaci v rámci komunikace v 96 % případech. Tato čísla svědčí o kladném výsledku výzkumného šetření. My jsme se zaměřili na pozorování 30 sester. Ve většině případů neměli nemocní viditelné hodiny, souviselo to s uspořádáním JIP nebo pokojů, hodiny zde sloužily jako pomůcka pro sestry, a ne pro orientaci pacientů. Přítomnost kalendáře jsme nehodnotili, nebýval nemocným k dispozici. Opakování denního režimu se věnovala velká část sester v rámci reorientace, většinou nemocným říkaly, jaká je denní doba, jestli je ráno, poledne, odpoledne, večer nebo co se s nimi bude dít: převazy, snídaně, kontrolní vyšetření nebo odběry krve. V zapojování rodiny do péče jsme zjistili dobré výsledky, některé sestry k tomu měly nějaké výhrady, ale nakonec rodinám vyhověly. Rodinu pouštěly za nemocnými i mimo návštěvní dobu a snažily se rodinné příslušníky zapojovat do péče. Někdy jim umožnily, aby pomohli nemocnému se stravou, odpolední zábavou nebo společně s nimi nemocné polohovaly.

Ve chvíli, kdy měly sestry k dispozici pacientovy osobní věci, fotky, polštářek nebo cokoliv, co rodina přinesla z domova, snažily se je používat při péči. Fotky lepily nemocným na postranice nebo je dávaly na stoleček a otáčely na nemocného, polštářky dávaly pod hlavu nebo je používaly jako polohovací pomůcky. Plyšáky vkládaly nemocným do rukou nebo je věšely na hrazdu, občas je pokládaly jen na stoleček. Nikdy jsme se nesetkali s tím, že by takové věci někdo uklidil do stolečku, do tašky nebo je odmítal používat. Občas byly sestry opatrné, aby si věci přinesené z domova nemocný zbytečně neušpinil, ale přesto je využívaly.

Bartůněk et al. (2016) uvedli jako jedno z nefarmakologických opatření dodržování pravidelného rytmu spánku-bdění. Na tento druh nefarmakologického opatření jsme se při pozorování sester také zaměřili. Zjišťovali jsme, zda sestry nemocné přes den budí a motivují je k aktivitě, jestli se snaží vynechávat sedativní léky v denní dobu a tím podporují spánek v nočních hodinách. Často jsme se u sester setkali s tím, že se snažily pacienty budít a aktivizovat je, ne u každého to ale bylo možné. Úzce to souviselo se stavem nemocného. Některé sestry využívaly spánek pacientů v denní dobu ke svému psychickému odpočinku, což ale není správné, protože to nemocnému nijak nepomůže. Někteří nemocní byli ovšem ve vážném stavu a spánek v jakoukoliv denní nebo noční dobu jim tedy mohl pouze prospět. Podle našeho názoru má tato intervence velkou váhu a je velmi důležitá pro zlepšení stavu nemocného a návratu do normálního režimu, ale zase na druhou stranu si nemyslíme, že by bylo vhodné nemocného často budít. V rozhovorech jsme získali jednu zajímavou odpověď, kdy sestra uvedla, že po obědě by nemocného nebudila a nechala ho chvíli odpočinout. Bartůněk et al. (2016) tuto intervenci více nerozváděli. Pokud se nemocný, který je vážně nemocný, ať už je to po úraze, velké operaci nebo po problému interního charakteru, dostane do stavu akutní zmatenosti/deliria a hluboce se propadne ve vědomí, tak jeho stav vyžaduje vysokou kontrolu a pravidelné probouzení do plného kontaktu, a sice kvůli hodnocení vědomí. Takto mohou postupovat sestry pracující na JIP, které také tvořily většinu výzkumného vzorku a byly vybírány z různých chirurgických JIP (škála jejich pacientů se lišila). Ale podle našeho názoru by sestry pracující na standardních odděleních neměly mít na starosti nemocné s akutní zmateností/deliriem, protože vzhledem k množství pacientů nemají možnost nemocnému věnovat tolik času, kolik by bylo potřeba. Mohlo by totiž docházet ke zbytečným nežádoucím událostem, např. v podobě pádu apod.

Ač jsme se v teoretické části diplomové práce věnovali několika hodnoticím škálám, v empirické části se to nesetkalo s úspěchem. Žádná z pozorovaných sester

nevyužívala při své práci ošetrovatelskou diagnózu: *akutní zmatenost*. Některé ji znaly, ale v současné době na odděleních nepoužívaly, jiné ji ani neznaly. Hodnoticí škály specifické pro delirium nebyly zavedeny na žádném z námi zkoumaných oddělení. Na JIP využívaly sestry v rámci ošetrovatelské dokumentace hodnocení pomocí škály GCS a další, které ale nesouvisely s hodnocením vědomí. Bylo to trochu zklamáním, protože díky škálám, které jsme popsali v teoretické části, lze dosáhnout lepších výsledků péče. Navíc nejsou všechny komplikované. Například škála CAM-ICU je upravena speciálně pro JIP a byla přeložena do českého jazyka. Pokud se využívá škála GCS, je škoda, že se nevyužívá současně i škála Glasgow Outcome Scale, která vyhodnocuje nemocného v čase, k jaké změně došlo u pacienta postupem času.

Pokud bychom měli vyhodnotit, jak sestry s nemocnými navazovaly vztahy a získávaly jejich důvěru, narazili jsme na velmi příjemné, milé a ochotné sestry, ale i na ty, které nebyly vždy v dobrém rozpoložení, snadno se nechaly nemocnými vyvést z míry a podle toho také jednaly. Přesto převažovala kladná zkušenost a sestry byly schopné dobře navázat kontakt s nemocnými a získat si jejich důvěru.

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

Gerlová (2016) měla ve svém dotazníku otázku na používání omezovacích prostředků. Takže jsme se na něj zaměřili i my v našem výzkumném šetření. Gerlová (2016) využila pouze tři varianty nabízených odpovědí: Když pacient ohrožuje sebe i jiné osoby, když potřebuji, aby se pacient udržel v poloze na zádech, a když chci mít od pacienta klid. První variantu zvolilo 98 % respondentů, druhou pouze dva a třetí jeden. Myslíme si, že tato data nemusí úplně odpovídat realitě, vzhledem k tomu, že dotazník byl anonymní. Pokud je tomu jinak než v první variantě, nejedná se o správné využívání omezovacích prostředků. Protože tyto mohou být podle zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotnických službách a podmínkách jejich poskytování, použity pouze pro

odvrácení hrozby bezprostředního ohrožení života, zdraví či bezpečnosti pacienta a jiných osob (Věstník MZ, 2018). Tedy jsme toho názoru, že si sestry vybraly správnou odpověď, aniž by doopravdy odpovídala realitě. V našem výzkumném vzorku jsme se setkali i s nadužíváním omezovacích prostředků, ale rozhodně to nebyla u většiny pozorovaných sester. Zaměřovali jsme se obecně na restriktivní opatření, kam spadají omezovací prostředky, pobyt na uzavřeném oddělení bez souhlasu pacienta, umístění v síťovém lůžku nebo například připoutání k lůžku a podávání psychofarmak parenterálně (Dohnalová, 2011). Nejvíce jsme mohli pozorovat metody využívání poutání k lůžku a parenterální podávání psychofarmak, ale zaznamenali jsme i izolaci v síťovém lůžku.

Kdybychom se ke stejnému tématu vrátili znovu, možná bychom se detailněji zaměřili na nefarmakologická opatření a rozšířili pozorovací archy na více jednotlivých bodů. Přesto jsme s výsledky až na některé body spokojeni. Na výzkumnou otázku: *Jak sestry postupují při péči o pacienta s akutní zmateností?* Jsme pozorováním a později i rozhovory odpověděli, stejně tak i na otázku: *Jaké mají sestry zkušenosti s takovými nemocnými?*

## 5.2 Diskuze – pozorování pacientů

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

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

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

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

Zapisovali jsme si také rizikové faktory, které mohly ovlivnit vznik akutní zmatenosti/deliria u nemocných. Tedy komplikace, které svým stavem způsobovali pacienti, kdy svým chováním ohrožovali vlastní zdraví, ale i zdraví personálu. Nemocní

prodávající akutní zmatenost/delirium často napadají ošetrovatelský personál i lékaře, a to jak verbálně, tak i fyzicky.

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

Při pozorování jsme se zaměřili i na komunikaci s rodinou, v ohledu na získávání informací o pacientovi, který je zmatený a nelze od něj nic zjistit. Informace získané od rodiny, přátel a příbuzných jsme si zaznamenávali celé, často pomohly lékařům s diagnostikou. Zapojení rodiny do péče je podle našeho názoru velmi přínosné, právě kvůli možnosti zjištění anamnestických informací o pacientovi. Ztotožňujeme se tedy Seidlem (2015), který uvedl, že je pro diagnostiku akutní zmatenosti/deliria důležitý sběr všech možných anamnestických údajů, včetně těch od rodiny a příbuzných pacienta. Současně by se zaměřil na příčinu vzniku zmatenosti, do které se nemocný dostal. To jsme si opisovali ze zdravotnické dokumentace. Ressler et al. (2011) by se snažili získat i subjektivní anamnézu od pacienta, ale dali by si pozor na získané informace, protože nemocný může být silně ovlivněn stavem, ve kterém se právě nachází.

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

Pozorování pacientů prodávajících akutní zmatenost/delirium a zaznamenávání příznaků pro nás bylo přínosné. Uvědomili jsme si konkrétní situace a příznaky, které se u nemocných vyskytují. Objasnili jsme si, že ne pouze agresivní nemocný, který je dezorientovaný místem, časem i osobou, prodává delirium, ale také pacient, který je dezorientovaný a nevykazuje žádné známky agrese, je velmi spavý a těžko



probuditelný. Neexistuje totiž pouze jeden druh deliria, ale hned tři. Jak jsme zjistili, právě smíšená nebo hypoaktivní forma deliria je těžko diagnostikovatelná. Agresivní nemocný, který je dezorientovaný, nemusí mít za každou cenu delirium, jeho stav může být ovlivněn návykovými látkami, úrazem nebo osobností pacienta. Správně diagnostikovat toto onemocnění je velmi důležité, stejně jako zahájení včasné léčby. S nasazením terapie by se mělo zacházet opatrně a neměly by se na ni podílet pouze psychofarmaka a omezení v lůžku, ale hlavně úprava nefarmakologických opatření a komunikace.

### **5.3 Diskuze - rozhovory se sestrami**

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

Káňová a Ševčík (2015) by doporučili přítomnost rodiny. Rozhodně je správné zapojení rodiny do péče a nezáleží při tom na formě deliria. Hyperaktivní forma může rodinu vyděsit, ale pokud sestra a lékař rodině správně a v klidu vysvětlí, o čem se jedná, a rodina se zapojí do péče, může to i u agresivního jedince vyvolat zklidnění a zlepšení stavu. Některé sestry měly názor, že by rodinu spíše do péče nezapojovaly. Nejde přece o komfort sestry, ale právě nemocného. Za svůj stav a aktuální projev chování nemohou. Výsledky našeho výzkumu na přítomnost rodiny a zapojení do péče souhlasí s Bartůňkem et al. (2016), kteří si myslí, že rodina má na stav pacienta kladný vliv a doporučili by její návštěvy v co největší míře.

Některé sestry by nemocné o jejich stavu a chování vždy informovaly. Tento přístup má pozitivní i negativní stránky. Našly se totiž sestry, které by nemocné informovaly až poté, co by se nemocní sami zeptali. A hlavně by to udělaly tak, aby nemocnému neublížily. Tento přístup není úplně nevhodný, protože nemocný má právo znát svůj stav a projevy chování. Část sester by tyto informace nepodávala nikdy,

protože to podle nich nevede ke zlepšení stavu nemocného: „*Ne nikdy, pacient za svoje chování nemohl a nijak mu to v další léčbě nepomůže*“ (SS18). Když jsme položili sestřím otázku: *Jaký je rozdíl mezi akutní zmateností a deliriem?* začaly vymýšlet pro každý název specifické projevy. Jen v málo případech si uvědomovaly, že se jedná o jedno a to samé. Podstatou je, že jeden termín označuje lékařskou a druhý termín ošetrovatelskou diagnózu. Myslíme si, že název *akutní zmatenost* nebyl pro sestry úplně známý, proto hledaly vysvětlení ve slově *akutní*, tedy podle odpovědí sester by se mělo jednat o aktuální problém. Důvodem může být to, že ošetrovatelským diagnózám se v praxi věnuje jen minimálně, i pro sestry jsou známé spíše lékařské diagnózy. Proto název *delirium* sestry znaly víc a byly schopné najít ty vlastnosti, které delirium má. Když jsme se sestrami rozebírali tento termín, všimli jsme si, že hned si všechny vybavily nemocné, kteří se chovali verbálně agresivně (vytahovali si cévní vstupy, snažili se opouštět lůžko a často mařili úsilí sester a lékařů v péči). Vzpomínaly také na dezorientaci nemocných, nespavost a další projevy. Když jsme uvedli pojem „*akutní zmatenost*“ vybavily si hlavně dezorientaci místem, časem a osobou, ale další projevy si neuvědomovaly. Při hledání literatury k rešerši do teoretické části diplomové práce se pod termínem *akutní zmatenost* dalo vyhledat pouze malé množství informací, pod výrazem *delirium* tomu bylo naopak.

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

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

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

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

problematiku stejný, i ona by doporučila kompenzaci smyslových poruch funkčními brýlemi a naslouchátkem.

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

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

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

Jednou z oblastí, na kterou jsme se také zaměřili při tvorbě rozhovorů, bylo vynechávání sedativních léků v denní dobu. Podle Hovorky a Praška (2014) je to spolu s buzením do plného kontaktu vhodné na podporu cirkadiálního rytmu. Získali jsme

informace, že se o takový postup sestry snaží, pokud to stav nemocného dovoluje. Poznatky odpovídaly i předchozímu pozorování, kde jsme se také zaměřili na vynechávání sedativních léků v denní dobu.

### ***Shrnutí pozorování sester a rozhovorů se sestrami***

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

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

Získané poznatky byly vcelku očekávané, už při zpracovávání teoretické části bylo zřejmé, že největší pozornost se věnuje deliriu, které je způsobené alkoholem a dalšími návykovými látkami. Informace o intoxikačním deliriu se sháněly dobře. Mnoho z nich bylo nových a toho času pro nás neznámých. Proto jsme využili získaných poznatků a rozhodli jsme se vytvořit brožuru pro sestry, která obsahuje nefarmakologická opatření, zásady komunikace pro zmatené nemocné nebo faktory zvyšující napětí při vstupu do zdravotnického zařízení. Také obsahuje diagnostická kritéria podle MKN-10 a skupiny léků, které by mohly akutní zmatenost/delirium vyvolat, včetně jejich zástupců a doporučené dávkování vybraných léků, jež se u zmatenosti/deliria využívají. Brožura byla doplněna o škálu CAM-ICU, a to včetně jednotlivých kroků.

## 6 Závěr

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

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

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

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

příčinou vzniku zmatenosti, doporučené dávkování léků, které se využívají pro léčbu akutní zmatenosti/deliria a další možnosti intervencí.



## 7 Seznam použitých zdrojů

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

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

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

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

- 11-15]. Dostupné z: <https://www.tribune.cz/clanek/18575-delirantni-stavy-u-hospitalizovanych-senioru-soucasnediagnosticke-a-lecebne-postupy>.
- Psychiatrická péče, 2017. [online]. ÚZIS. [cit. 2019-10-31]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/katalog/zdravotnicka-statistika/psychiatricka-pece>.
- VANIŠOVÁ, Š., 2016. *Problematika ošetrovatelské péče u pacientů v deliriu na JIP*. České Budějovice. Bakalářská práce. ZSF JU.
- Věstník MZ ČR, 2018 [online]. [cit 2020-01-05]. Dostupné z: [http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vestnik-c4/2018\\_15323\\_3810\\_11.html](http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vestnik-c4/2018_15323_3810_11.html).
- VÖRÖSOVÁ, G., et al., 2015. *Ošetrovatelská diagnostika v práci sestry*. Praha: Grada. 208 s. ISBN 978-80-247-5538-0.
- ZACHAROVÁ, E., 2016. *Komunikace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. 128 s. ISBN 978-80-271-0156-6.

## **8 Přílohy**

### **8.1 Seznam příloh**

**Tabulka 1:** Diagnostická kritéria MKN-10

**Tabulka 2:** Precipitující faktory

**Tabulka 3:** Skupiny léků vyvolávající delirium

**Tabulka 4:** Faktory zvyšující napětí při vstupu do zdravotnického zařízení

**Tabulka 5:** Doporučené dávkování farmak

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

**Tabulka 7:** Zásady komunikace s pacientem se zajištěnými DC

**Tabulka 8:** Odhad zmatenosti

**Tabulka 9:** Glasgow Coma Scale

**Příloha 1:** Záznamový arch pozorování sester

**Příloha 2:** Záznamový arch pozorování pacientů

**Příloha 3:** Otázky k rozhovorům pro sestry

**Příloha 4:** CAM-ICU

**Tabulka 1:** Diagnostická kritéria MKN-10

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

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

**Tabulka 2:** Precipitující faktory

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

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

**Tabulka 3:** Skupiny léků vyvolávající delirium

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

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



**Tabulka 4:** Faktory zvyšující napětí pacienta při vstupu do zdravotnického zařízení

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

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

**Tabulka 5:** Doporučené dávkování farmak

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

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

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

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

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

**Tabulka 7:** Zásady komunikace s pacientem se zajištěnými DC

<b>Konkrétnost</b>	Formulace jasná, stručná
	Jednoduché, krátké věty
	Pokládat otázky s možnou odpovědí ano/ne
	Dostatek času na pacienta
	Trpělivost
	Tolerance při zapomínání slov
	Kontrolovat pozornost
	Přímý pohled z očí do očí
	Neotáčet se zády nebo bokem
	Nemluvit s více lidmi najednou
	Nemluvit o jiných pacientech
	Ověřit zpětnou vazbu
	Sledovat reakce, kontrolovat pochopení
	Vynutit si souhlas kývnutím/stisknutím ruky, mrknutím
	V případě nepochopení znovu zopakovat
	Pochválit za každý nový krok
	Vcítit se do pacienta
	Nenutit k rozhovoru
	Předpokládat základní potřeby a požadavky
	Identifikovat a dotazem potvrdit neverbální projevy

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

**Tabulka 8:** Odhad zmatenosti

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

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

**Tabulka 9:** Glasgow Coma Scale

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

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

**Příloha 1: Záznamový arch pozorování sester**

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

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

(Zdroj: Autor DP)

**Příloha 2: Záznamový arch pozorování pacientů**

## Pozorování pacientů

**Pohlaví:**

**Věk:**

**Příčina:** extrakraniální:

intrakraniální:

primárně psychické:

**Je přítomna kvalitativní porucha vědomí a porucha pozornosti:**

**Nemoc propukla rychle a má kolísavý průběh:**

**Změny psychomotoriky (agitovanost/útlum):**

**Poruchy vnímání (iluze, halucinace):**

**Dezorganizace myšlení:**

**Poruchy spánku:**

**Poruchy emocí:**

**Příčina vzniku:**

**Diagnóza:** příjmová

aktuální:

**Rizikové faktory:** demence    hypertenze    alkoholismus    závažnost kritického stavu

**Forma deliria:**    hypoaktivní    hyperaktivní    smíšená forma

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

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



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

**Radiologické vyšetření:** RTG srdce a plic CT mozku další:

Proběhla kontrola/redukce medikace?

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

Jaká je objektivní anamnéza (rodina, příbuzný):

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

Proběhlo psychologické a psychiatrické vyšetření?

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

(Zdroj: Autor DP)

### **Otázky k rozhovoru se sestrami**

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

**2) Víte, jak se tento stav projevuje?**

Narušení rytmu spánek-bdění

Kvalitativní porucha

Rychlý nástup a kolísavý průběh

Dezorientace

Agitovanost/útlum (změna psychomotoriky)

Poruchy vnímání

Dezorganizace myšlení

Poruchy emocí

**3) Co tento stav podle vás způsobuje?**

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

Snaha o dodržení spánkového rytmu

Odstranění co největšího množství rušivých elementů

Povolení přítomnosti rodiny

Uložení do klidného prostředí

Zvýšená kontrola

Sledování FF, hypoxie, známek srdečního/ledvinného selhání

Sledování známek infekce

Slabé noční osvětlení

Pravidelná pomoc v orientaci

Restriktivní opatření-pouze když je to nutné

Tlumení bolesti a úzkostných stav

Komunikace

Péče o vyprazdňování a prevence zácpy

Prevence imobilizace

Snaha o navození pocitu bezpečí

Zajištění vhodného způsobu stravování a péče o hydrataci

Omezení sedativních léků v denní dobu

Nevinit nemocného za jeho stav

**5) Něco, co by jim mohlo pomoci při orientaci?**

- 6) Myslíte si, že je vhodné zvýšit kontakt s rodinou, pokud nemocný prodělává delirium?**
- 7) Co se týče kompenzačních pomůcek (brýle, naslouchátka), dáváte je nemocným v deliriu?**
- 8) Snažíte se pravidelně pomáhat nemocnému v orientaci? Jakým způsobem?**
- 9) Používá se u vás hodnocení pomocí škál? Nebo hodnocení ošetřovatelské diagnózy *akutní zmatenost*?**

Delirium Rating Scale, Confusion Assessment Method, Delirium Symptom Interview, Clinical Assessment of Confusion/CAM-ICU, Delirium index, Confusional Rating Scale, NEECHAM

- 10) Jak bychom upravil(a) komunikaci s nemocným, který právě prodělává delirium?**
- 11) Informujete nemocného o tom, jak se choval, když u něj probíhalo delirium?**
- 12) Máte stejný přístup k delirantnímu nemocnému a k nemocnému, který je plně orientován místem, časem i osobou?**
- 13) Snažíte se vynechávat sedativní léky během dne?**
- 14) Budíte pacienta přes den, abyste podpořil(a) spánek v nočních hodinách?**

(Zdroj: Autor DP)

## Příloha 4: CAM-ICU

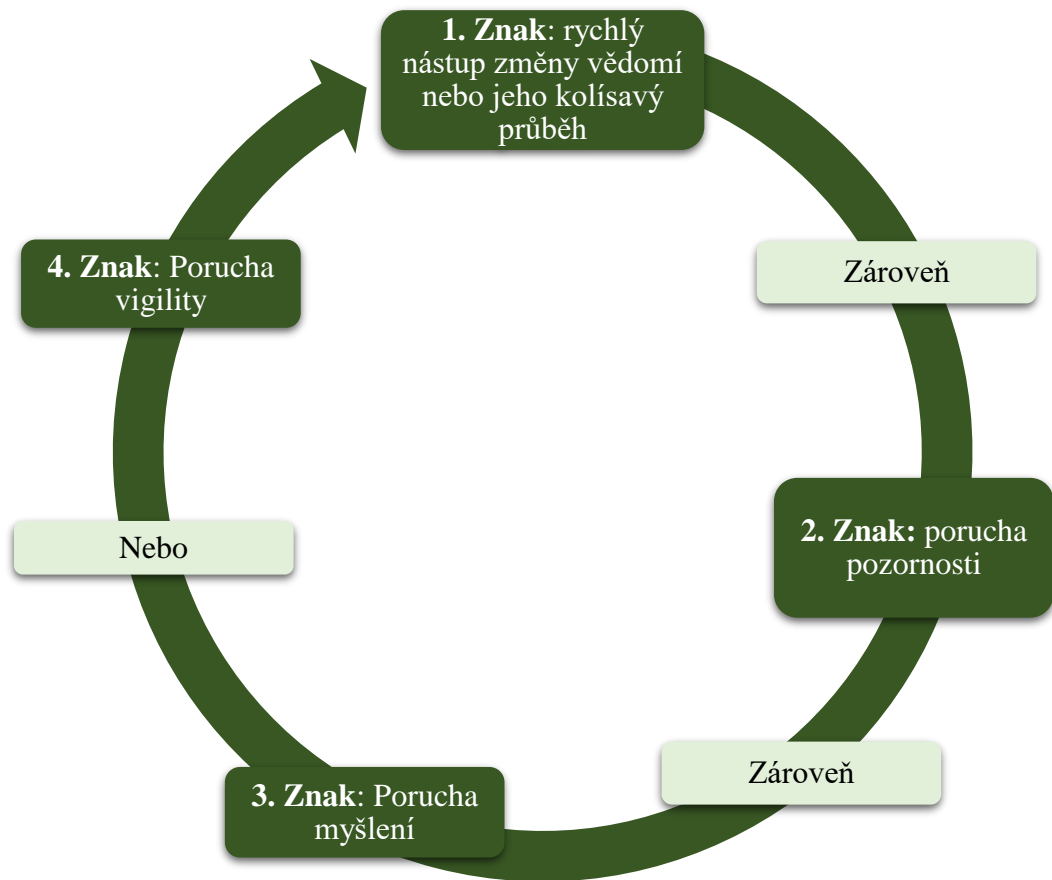
### 1. krok

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

Pokud je RASS -4 nebo -5, je nutné vyšetření ukončit a opakovat později, pokud je -3 až +4, pokračujeme krokem 2.

(Zdroj: MITÁŠOVÁ, A., et al., 2010. Standardizace české verze The Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit (CAM-ICUcz). *Česká a slovenská neurologie a neurochirurgie* 73/106(3), 258-266. ISSN 1802-4041.)

## 2. krok: ALGORITMUS URČENÍ DELIRIA



(Zdroj: MITÁŠOVÁ, A., et al., 2010. Standardizace české verze The Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit (CAM-ICUcz). *Česká a slovenská neurologie a neurochirurgie* 73/106(3), 258-266. ISSN 1802-4041.)

## Pracovní zápis CAM-ICU

1. **Znak:** Rychlý nástup, nebo kolísavý průběh vědomí\* pozitivní, pokud je odpověď „ano“ na 1A nebo 1B

pozitivní	negativní
-----------	-----------

**1A:** Je pacient/ka v jiném než základním stavu vědomí\*\*?  
nebo

**1B:** Došlo během posledních 24 hod ke kolísání stavu vědomí, projevujícím se kolísáním stupně sedace (např. hodnot RASS, GCC) nebo výsledku předchozího hodnocení deliria?

ano

ne

2. **Znak: Porucha pozornosti**

pozitivní, pokud je skóre 2A nebo 2B menší než 8

Jako první provedeme test s hláskami – 2A. Pokud je pacient/ka schopen/a podstoupit test a výsledek je jasný, přejdeme na 3. znak.

pozitivní	negativní
-----------	-----------

Pokud pacient/ka není schopen/a podstoupit test, nebo výsledek není jasný, provedeme test s obrázky – 2B.

Pokud provedete oba testy, použijte ke zhodnocení 2. znaku výsledek testu s obrázky – 2B.

**2A: Hlásky:** zapiš počet bodů (nebo „NT“ pokud netestováno).

Návod: Řekněte pacientovi/pacientce: „Budu vám říkat po sobě hlásky. Kdykoli uslyšíte hlásku „A“, stiskněte mi ruku.“ Čtete následujících 10 písmen normálním tónem, rychlostí zhruba 1/s.

**S A V E A H A A R T**

Hodnocení: Za každé zmáčknutí ruky na hlásku „A“ a nezmáčknutí na ostatní hlásky přičteme jeden bod

<b>Počet bodů (z 10):</b> _____
---------------------------------

**2B: Obrázky:** zapiš počet bodů (nebo „NT“ pokud netestováno). Návod k testu je přiložen k obrázkům.

<b>Počet bodů (z 10):</b> _____
---------------------------------

3. **znak: Porucha myšlení**

pozitivní, pokud je součet bodů z testů 3A a 3B menší než 4

pozitivní	negativní
-----------	-----------

**3.A: Otázky ano/ne**

(Použijte buď skupinu otázek A nebo B, pokud je to nutné, střídavě v následujících dnech):

**Otázky A**

1. Plave kámen na vodě?
2. Jsou v moři ryby?
3. Váží 1 kg víc než 2 kg?
4. Lze kladivem zatlouct hřebík?

**Otázky B**

1. Plave list na vodě?
2. Žijí v moři sloni?
3. Váží 2 kg víc než 1 kg?
4. Lze kladivem sekat dřevo?

**Skóre:** \_\_\_\_ (1 bod za každou správnou odpověď)

**3.B: Pokyn**

Řekněte pacientovi: „Zvedněte tolik prstů“ (Zkoušející drží dva prsty před pacientem)

„Teď udělejte to samé s druhou rukou“ (Bez opakování počtu prstů)

\* Pokud pacient nemůže hýbat oběma rukama, v druhé části testu požádejte pacienta

„Teď zvedněte o jeden prst více“

**Skóre:** \_\_\_\_ (1 bod, pokud pacient úspěšně dokončí celý pokyn)

**Součet bodů:** (3A + 3B) (z 5): \_\_\_\_

**4. znak: Porucha vigility**

Pozitivní, pokud je aktuální RASS skóre jiné než „0“.

pozitivní      negativní

**Celkový CAM-ICU:**

pozitivní znak 1. a zároveň 2., a buďto 3., nebo 4.

pozitivní      negativní

\*Termínem „vědomí“ je v tomto textu myšlen souhrnný stav vědomí, chování a psychického stavu. Změny vědomí se mohou projevit jak změnou stupně, vigility, tak i obsahu vědomí. Změny vědomí zjišťujeme pomocí srovnání se základním stavem vědomí.

\*\*„Základní stav vědomí“ je souhrnný výchozí stav vědomí, chování a psychického stavu před začátkem akutních změn tohoto stavu (např. u hospitalizovaných pacientů při příjmu).

**Zdroj:** MITÁŠOVÁ, A., et al., 2010. Standardizace české verze The Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit (CAM-ICUcz). *Česká a slovenská neurologie a neurochirurgie* 73/106(3), 258-266. ISSN 1802-4041.

## **9 Seznam zkratek**

**ABR** Acidobazická rovnováha

**ARO-JIP** Specializace ve zdravotnictví-Intenzivní medicína

**B12** Vitamín

**Bc.** Všeobecná sestra VŠ

**Bc-ZZ** Zdravotnický záchranář

**BMI** Body Mass Index

**CAC** Clinical Assessment of Confusion

**CAM-ICU** The Confusion Assessment Method Intensive Care Unit

**CMP** Cévní mozková příhoda

**CNS** Centrální nervová soustava

**CT** Počítačová tomografie

**DC** Dýchací cesty

**Dis.** Diplomovaná všeobecná sestra

**EDH** Epidurální hematom

**EEG** Elektroencefalografie

**EKG** Elektrokardiografie

**ft4** Množství biologicky aktivního hormonu tyroxinu

**GABA** Kyselina gama-aminomáselná

**HIV** Human Immunodeficiency Virus

**ICHS** Ischemická choroba srdeční

**JIP** Jednotka intenzivní péče

**KARIM FN** Klinika anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny fakultní nemocnice

**MKN** Mezinárodní klasifikace nemocí

**MZ** Ministerstvo zdravotnictví

**NANDA** North American for Nursing Diagnosis Association

**NCSE** Nekonvulzivní status epileptikus

**NEECHAM** NEElon and CHAMpagne Confusion Scale

**NMDA** N-methyl-D-asparagová kyselina

**PET CT** Pozitron emisní počítačová tomografie

**PN** Parkinsonova nemoc

**POD** Pooperační delirium



**PS** Praktická sestra

**RASS** Richmond Agitation-Sedation Scale

**RTG** Rentgen

**SAK** Subarachnoideální krvácení

**SDH** Subdurální hematom

**SIRS** Systemic inflammatory response syndrome systémová zánětlivá odpověď organismu

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

**SŠ** Střední škola

**SZŠ** Střední zdravotnická škola

**TPHA** Treponema pallidum hemagglutination-Screeningový test na Syfilis

**TSH** Tyreotropní hormon

**UPV** Umělá plicní ventilace