

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích  
Zdravotně sociální fakulta

**Náročnost ošetrovatelské péče sester u klientů/pacientů v delirantním  
stavu na jednotce intenzivní péče**

Bakalářská práce

Vedoucí práce:

Mgr. Zdeňka Pavelková

2009

Autor:

Radka Pojerová, Dis.

## **Abstrakt**

The theme of this undergraduate thesis is The Challenges of Providing Nursing Care to Delirant Clients/Patients in Intensive Care Units. The thesis pursues three objectives and elaborates three hypotheses. The first objectives was to assess the challenges of providing nursing care to delirant patients at the ICU of the České Budějovice Hospital, from the nurses' perspective. The second objective was to examine the nurses' knowledge of the specific challenges of providing nursing care to delirant patients at the ICU of the České Budějovice Hospital. The third objective was to ascertain whether nurses were acquainted with the principles of using inhibition as a means of controlling situation, according to the nursing standards of the České Budějovice Hospital. The first hypothesis was based on the presumption that nurses taking care of delirant patients feel exhausted. The second hypothesis was based on the presumption that nurses use inhibition as a standard means of controlling situations involving delirant patients. The third hypothesis was based on the presumption that university-educated nurses have a better knowledge of patients' delirant condition than nurses with lower education.

For the purposes of my research, which I conducted in January and February 2009, I applied a quantitative method using a questionnaire. The questionnaire was distributed among the nurses working at the ICU of the České Budějovice Hospital. The resulting data were recorded in the form of diagrams. The validity of all the hypotheses has been confirmed and the outlined objectives have been reached.

In the closing part of my thesis, I recommend that a seminar be organized for all the nursing staff of the České Budějovice Hospital, where nurses would be presented with the complexity of delirium problems, as well as mental hygiene and relaxation techniques. Furthermore, it was suggested to perform an audit of the nursing care standard no. 37 at the České Budějovice Hospital. The hardest recommendation to meet was to ensure adequate staffing of the ICU. However, solutions for this particular problem lie beyond the limits of my undergraduate thesis, as shortage of nursing staff is a nationwide problem. My last recommendation calls for improving the theoretical

preparation of non-medical students by including specific practical care of delirant patients.

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem tuto práci na téma „Náročnost ošetrovatelské péče sester u klientů/pacientů v delirantním stavu na jednotce intenzivní péče“ vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě/v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných Zdravotně sociální fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

V Českých Budějovicích dne 4. 5. 2009

.....

Radka Pojerová

**Poděkování:**

Chtěla bych poděkovat vedoucí práce Mgr. Zdeňce Pavelkové za ochotu, cenné rady a trpělivost při spolupráci na této bakalářské práci. Dík patří též PhDr. Daně Hrstkové za vstřícnost při konzultaci dotazníku a Mgr. Evě Šlejtrové za korekturu textu.

## Obsah:

|                                                                                 |           |
|---------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>Úvod.....</b>                                                                | <b>3</b>  |
| <b>1. Současný stav.....</b>                                                    | <b>4</b>  |
| 1.1 <i>Deliria nealkoholového typu.....</i>                                     | <i>4</i>  |
| 1.1.1 <i>Dělení delirií dle Mezinárodní klasifikace nemocí.....</i>             | <i>6</i>  |
| 1.1.2 <i>Epidemiologie a predisponující faktory.....</i>                        | <i>6</i>  |
| 1.1.3 <i>Etiologie.....</i>                                                     | <i>7</i>  |
| 1.1.4 <i>Patogeneze .....</i>                                                   | <i>8</i>  |
| 1.1.5 <i>Diagnostika .....</i>                                                  | <i>8</i>  |
| 1.1.6 <i>Diferenciální diagnostika.....</i>                                     | <i>9</i>  |
| 1.1.7 <i>Léčba.....</i>                                                         | <i>10</i> |
| 1.2 <i>Odvykací stav s deliriem.....</i>                                        | <i>12</i> |
| 1.2.1 <i>Klinický obraz odvykacího stavu s deliriem.....</i>                    | <i>12</i> |
| 1.2.2 <i>Diagnostika odvykacího stavu s deliriem .....</i>                      | <i>13</i> |
| 1.2.3 <i>Léčba odvykacího stavu s deliriem.....</i>                             | <i>14</i> |
| 1.3 <i>Ošetrovatelská péče o pacienta v delirantním stavu.....</i>              | <i>15</i> |
| 1.3.1 <i>Zvláštnosti ošetrovatelské péče o delirantního pacienta .....</i>      | <i>17</i> |
| 1.3.2 <i>Náročnost ošetrovatelské péče sestry o delirantního pacienta .....</i> | <i>18</i> |
| 1.3.3 <i>Monitorace pacienta na jednotce intenzivní péče .....</i>              | <i>20</i> |
| 1.3.4 <i>Ošetrovatelská péče dle konceptu bazální stimulace.....</i>            | <i>21</i> |
| 1.4 <i>Omezovací prostředky .....</i>                                           | <i>24</i> |
| 1.4.1 <i>Omezení pacienta v pohybu mechanickými prostředky .....</i>            | <i>25</i> |
| 1.4.2 <i>Terapeutická izolace .....</i>                                         | <i>26</i> |
| 1.4.3 <i>Síťové lůžko .....</i>                                                 | <i>27</i> |
| 1.4.4 <i>Ochranný kabátek a manuální fixace .....</i>                           | <i>27</i> |
| 1.4.5 <i>Aplikace psychofarmak bez souhlasu nemocného.....</i>                  | <i>28</i> |
| <b>2. Cíle práce a hypotézy .....</b>                                           | <b>29</b> |
| 2.1 <i>Cíle práce .....</i>                                                     | <i>29</i> |
| 2.2 <i>Hypotézy práce.....</i>                                                  | <i>29</i> |

|                                              |           |
|----------------------------------------------|-----------|
| <b>3. Metodika.....</b>                      | <b>30</b> |
| 3.1 Metodika výzkumu.....                    | 30        |
| 3.2 Charakteristika výzkumného souboru ..... | 30        |
| <b>4. Výsledky .....</b>                     | <b>31</b> |
| <b>5. Diskuse.....</b>                       | <b>51</b> |
| <b>6. Závěr.....</b>                         | <b>60</b> |
| <b>7. Seznam použitých zdrojů .....</b>      | <b>62</b> |
| <b>8. Klíčová slova.....</b>                 | <b>65</b> |
| <b>9. Přílohy .....</b>                      | <b>66</b> |

## Úvod

Náročnost ošetrovateľskej profese není příliš často zmiňovaným tématem. Přitom se při práci sester vyskytují zdroje psychické i fyzické zátěže, které mohou v důsledku významně zasahovat do jejich pracovního i osobního života. Jsou oddělení, na kterých dochází k vyšší míře zátěže a jednotky intenzivní péče k nim bezesporu patří. Také samotná péče o pacienta v delirantním stavu klade na sestru specifické požadavky. Deliria jsou nejčastější příčinou konziliárního psychiatrického vyšetření u hospitalizovaných pacientů. Zhoršují prognózu stavu, prodlužují hospitalizaci a zvyšují náklady na péči i úmrtnost pacienta. I když je výskyt delirií vysoký, zůstává doposud málo zkoumaným jevem. Možná ani proto není věnována dostatečná pozornost náročnosti péče sester o delirantní pacienty, která má velmi široký rozptyl. Já se domnívám, že je na místě se touto problematikou více zabývat a zviditelnit ji, jelikož následky zátěže mohou ovlivnit život sestry nejen profesionální, ale i sociální. Z těchto důvodů jsem zvolila k vypracování své bakalářské práce právě téma náročnosti ošetrovateľské péče u pacientů v delirantním stavu na jednotkách intenzivní péče. K tomuto rozhodnutí přispěly i mé osobní zkušenosti z tříleté praxe na anesteziologicko-resuscitačním oddělení, kde jsem se s delirantními pacienty setkávala často. V průběhu výkonu povolání jsem nabyla pocitu, že mám ze školy střední i vyšší odborné málo znalostí, které by objasňovaly, jak přistupovat k delirantním pacientům. Proto cílem této bakalářské práce je nejen zmapovat to, jak sestry subjektivně cítí náročnost péče o delirantní pacienty, ale rovněž i zjištění znalostí sester o specifikách ošetrovateľské péče u těchto pacientů. Dalším cílem je zjistit, zda sestry znají standard ošetrovateľské péče při omezení pacienta v lůžku, které bývá u delirantních pacientů často využíváno.

Výsledky mohou posloužit nejen vedoucím pracovníkům Nemocnice České Budějovice, a.s., ale také odborné veřejnosti i vzdělávacím institucím.

## 1. Současný stav

### 1.1 *Deliria nealkoholového typu*

Deliria jsou velmi časté psychotické poruchy, většinou krátkého, přechodného, opakujícího se charakteru. Vznikají jako nespecifická odpověď na různé škodlivé faktory nebo kombinace těchto faktorů. Působící příčiny mají somatický, intoxikační nebo psychosociální charakter. Je typické, že při delirantních stavech dochází ke kvalitativním poruchám vědomí v různé intenzitě, s přítomností poruch vnímání, pozornosti, myšlení, paměti, emotivity a spánku (12, 15).

Příznačné je, že intenzita příznaků v průběhu delirantní epizody většinou kolísá. Častěji se deliria vyskytují v nočních hodinách a mnohdy probíhají bouřlivě. Přítomny bývají halucinace a iluze, doprovází je silný psychomotorický neklid. Mohou navazovat na děsivé sny a ty po probuzení pokračují jako deliria s halucinacemi. Obvykle nemají pacienti ucelené vzpomínky na průběh delirií z důvodu poruchy krátkodobé paměti a vstřípivosti, staropaměť však porušena není. Rovněž se může vyskytovat i plná ztráta paměti. Následkem poruchy paměti dochází k dezorientaci v čase a místě, v těžších případech i k dezorientaci v osobě. Při bouřlivě probíhajících deliriích může být přítomna agresivita, větší projevy agresivity bývají u toxicky podmíněných delirií. Pacienta může plakat, klet, či volat o pomoc v důsledku halucinací (12, 13, 15, 25, 36).

Podle desáté mezinárodní klasifikace nemocí musí být pro diagnostiku deliria přítomny poruchy z těchto okruhů, a to v různé intenzitě:

- zhoršení vědomí a pozornosti,
- celková porucha poznávání a chápání (iluze a/nebo halucinace, zkreslené vnímání, zhoršení chápání a abstraktního myšlení, nesouvislé myšlení, poruchy krátkodobé paměti, poruchy orientace),
- poruchy psychomotoriky (bradypsychismus, zvýšená aktivita, kolísání aktivity),
- poruchy cyklu spánek-bdění,
- poruchy emocí (úzkost, deprese, euforie, podrážděnost (12, 15).

Delirantní stav typicky doprovází působení vegetativního systému, kde převažuje aktivace sympatiku. Tento stav se projeví tachykardií, mírnou hypertenzí, zčervenáním obličeje, pocením, mydriázou nebo suchostí sliznic. V neurologickém obraze delirujících pacientů se mohou objevit třesy rukou, inkontinence moči a stolice, poruchy písma, poruchy výslovnosti či neschopnost správně pojmenovat předměty (1, 13, 31).

Podle převažujícího klinického obrazu se mohou deliria členit. Prvním podtypem je hyperaktivní delirium, které je charakteristické psychomotorickým neklidem, doprovázeným úzkostí či agresivitou, včetně autoagrese. Autoagrese znamená násilí zaměřené proti vlastní osobě. Pacienti mívají poruchy vnímání a produkci bludů. Etiologicky se podílejí faktory toxické a také se tento typ delirantního stavu často vyskytuje při odnětí návykových látek. Hypoaktivní delirium představuje další z podtypů. Často se objevuje u geriatrických pacientů a mnohdy bývá přehlédnuto, jelikož jeho rozpoznání je obtížné. Charakteristickými znaky jsou spíše útlum, netečnost, otupělost, někdy až charakteru kvantitativních poruch vědomí. Přítomna bývá dezorientace místem, časem a zpomalené psychomotorické tempo. V etiologii se uplatňují metabolické faktory. Poslední je smíšená forma se střídáním hyperaktivních a hypoaktivních projevů, která se vyskytuje nejčastěji. Přítomna bývá u pacientů s více chorobami a u polypragmazie, což je podávání mnoha léků současně. Posledním podtypem je takzvané subsyndromální delirium. Má neúplně vyjádřené příznaky a jeho výskyt je častý (1, 25, 31).

Na rozvoj deliria mají vliv vnímavost pacienta k rozvoji deliria a spouštěcí faktor, který delirium odstartuje. Vnímavost vyplývá z nahromadění rizikových faktorů. Čím je větší vnímavost, tím menší spouštěcí faktor stačí k vyvolání delirantního stavu. Například u geriatrických osob bývá vysoká vnímavost v důsledku přítomnosti více rizikových faktorů a pouze nepatrný podnět vede k rozvoji deliria (13).

Déletrvající, neléčené delirium zhoršuje prognózu pacienta, omezuje jeho sociální fungování a je rizikovým faktorem pro násilné i sebevražedné chování. Rovněž může přecházet v demenci či jiné mozkové onemocnění a samo o sobě může končit smrtelně. Trvání deliriózních stavů je závislé na příčinách vzniku. Pokud je příčina

vratná, k úpravě do původního zdravotního stavu dojde za jeden až čtyři týdny. Ve výjimečných případech mohou deliria trvat až šest měsíců, například u onkologických pacientů, subakutní bakteriální endokarditidě nebo jaterní insuficienci (31, 36).

Delirantní stavy podléhají členění desáté mezinárodní klasifikace z roku devatenáct set devadesát dva. Toto rozdělení je popsáno v následující kapitole.

### ***1.1.1 Dělení delirií dle Mezinárodní klasifikace nemocí***

MKN pod kódem F.05 uvádí delirium, které není vyvolané alkoholem nebo jinými psychoaktivními látkami. Dále najdeme deliria rozdělena v souvislosti s demencí. Pod kódem F.05.0 je delirium nenasedající na demenci a kód F.05.1 naopak značí delirium nasedající na demenci. F.05.8 znamená jiné delirium a F.05.9 delirium nespecifikované (23).

V dalším textu je popsán výskyt delirantních stavů u hospitalizovaných pacientů a rovněž rizikové faktory podílející se na rozvoji tohoto onemocnění.

### ***1.1.2 Epidemiologie a predisponující faktory***

Výskyt deliria je nejčastější u hospitalizovaných seniorů. Zvýšeně se objevuje zejména po větších chirurgických výkonech. Také je uváděno, že až polovina pacientů na jednotkách intenzivní péče a anesteziologicko-resuscitačních odděleních trpí delirantními stavy. U vysokého počtu osob se tyto stavy objevují v terminálním stádiu těžkých onemocnění, například onkologických (6, 13, 15, 25, 31, 36).

Rizikových faktorů pro vznik deliria je mnoho. Na prvních místech figuruje zejména věk nad šedesát pět let, demence a jakýkoliv stupeň poruchy vnímání a myšlení v anamnéze. Následují všechna chronická somatická onemocnění, například kardiovaskulární, plicní, onkologická, endokrinní, metabolická nebo malnutrice a dehydratace. Mezi další faktory se řadí chronická polypragmazie, zneužívání alkoholu a psychotropních látek, poruchy smyslového vnímání či naopak zvýšení smyslové stimulace. K delirantním stavům může také docházet při úrazu hlavy, epilepsii, tumorech mozku, hydrocefalu či zánětlivých onemocněních mozku. Rizikovým

faktorem jsou i poruchy tělesných systémů a orgánů nebo akutní infekce. Existují ještě další vlivy, akutní stresory, působící z okolí pacienta při hospitalizaci na vznik delirantního stavu. Řadí se sem imobilita, hluk, spánková deprivace, poruchy cyklu spánek-bdění, nedostatečné osvětlení v pokoji, jazyková bariéra, hluchota a slepota. Náchylnějšími pro rozvoj deliria jsou pacienti, jež už v dřívější době delirantní stav prodělali (13, 15, 25, 31, 36).

Deliria se mohou vyvinout v důsledku působení několika různých skupin činitelů. Blíže specifikovány jsou v dalším textu.

### ***1.1.3 Etiologie***

Ke vzniku delirantních stavů může dojít působením faktorů organických, somatogenních, infekčních, intoxikačních a při poruchách adaptace. Organické faktory se uplatňují kupříkladu při postižení centrálního nervového systému různého charakteru. Zahrnují se sem vaskulární poruchy, nádory, úrazy mozku a atroficko-degenerativní demence. Ze somatogenních příčin působí ty, které vedou k hypoxii centrálního nervového systému. Jedná se o ischemickou chorobu srdeční, arteriosklerózu, anémii, chronické plicní záněty nebo plicní emfyzém. Do této skupiny patří i faktory způsobující změnu mozkového metabolismu. Je to například iontový rozvrat, hypoglykémie, jaterní a ledvinné selhání, pankreatitidy, endokrinopatie, dehydratace a poruchy výživy. Deliria z infekčních příčin se běžně vyskytují u břišního tyfu, bronchopneumonie, pneumonie, meningitidy, encefalitidy, divertikulitidy, urosepsy i u chřipkového onemocnění. Častý výskyt delirantních stavů je při horečce u dětí a lidí vyššího věku. K působení intoxikačních faktorů dochází v případě vynechání alkoholu či návykových látek při jejich chronickém zneužívání. U vnímavých lidí může být delirium způsobeno i léčebným podáváním farmak. Jsou to, mimo jiné, tricyklická antidepresiva, benzodiazepiny, glukokortikoidy, antirevmatika. Dojde-li k deliriu z důvodu poruchy adaptace, většinou bývá přítomna klinicky nemá organická porucha mozku nebo různé somatické onemocnění a spolupůsobící příčinou je vyšší věk. Stresovou situací vedoucí k delirantnímu stavu se může stát i náhlá změna prostředí, přijetí do nemocnice, týrání či ztráta blízkého člověka (6, 12, 15, 25, 31).

Vznik delirií nastává obvykle z více příčin. Ačkoliv přesný vznik a vývoj chorobných změn v těle při deliriu nebyl dosud určen, existuje několik hypotéz.

#### ***1.1.4 Patogeneze***

Domněnkou je, že jedním z patologických mechanismů působících při deliriu je mnohočetná neuromediátorová porucha. Neuromediátor je chemická látka uvolňovaná z nervového zakončení na synapsi neboli vzájemném spojení dvou nervových buněk. Porucha neuromediátorů se týká gamaaminomáselné kyseliny, serotoninu, excitačních aminokyselin, opioidů, glukokortikoidů a acetylcholinergních neuronů. Dalšími hypotézami vzniku delirantních stavů je zánětlivá reakce se zvýšenou aktivitou cytokinů, zvýšená aktivita stresové osy hypotalamus-hypofýza-nadledviny a změna propustnosti hematoencefalické bariéry. Uvádí se i poruchy funkce mozkové kůry a podkorových struktur, kdy je narušena jednotná aktivita těchto anatomických struktur zajišťujících bdělost, pozornost, informační procesy a rytmus změny vědomí v noci a ve dne (15, 13, 25, 31, 36).

V dalším textu je popsáno vyšetření pacienta, které by mělo být komplexní a směřovat k odhalení vyvolávajících příčin a komplikací.

#### ***1.1.5 Diagnostika***

Při vyšetřování delirantního pacienta se nejprve odebere kompletní osobní a léková anamnéza, nejlépe pomocí objektivních údajů od rodinných příslušníků nemocného nebo pečovatelů. Zjišťuje se průběh deliria, co mu předcházelo a zda nastávají v průběhu onemocnění změny stavu. Také se pátrá po pití alkoholu v předchorobí, poranění nebo pádu v poslední době, či psychických změnách pacienta. Důležité je zjistit, zda se už dříve tento stav vyskytl. Nevyhnutelné je fyzikální vyšetření tělesného stavu včetně změření krevního tlaku, pulzu a saturace krve kyslíkem. Dále se provádí laboratorní diagnostika zahrnující krevní obraz, biochemické vyšetření vnitřního prostředí, glykémie, elektrolytů, hormonů štítné žlázy, ukazatelů ledvinných a jaterních funkcí. K dalšímu laboratornímu vyšetření patří zjištění sérové hladiny léků, pokud pacient užívá určitá farmaka jako antiepileptika nebo dioxin i jiné.

Toxikologický screening se provádí při podezření na otravy těžkými kovy, bromidy, vitamíny skupiny B. U indikovaných stavů lze využít i dalších vyšetření, například rentgenu srdce a plic, zobrazovacího vyšetření mozku, lumbální punkce s vyšetřením punktátu nebo mikrobiologické kultivace materiálu z předpokládaného místa infekce. Rovněž lze k diagnostice použít elektroencefalografické vyšetření, které funguje jako diferenciálně diagnostická pomůcka. Vyšetření psychického stavu lze provést následujícím postupem. Funkce pozornosti se zjistí, pokud pacientovi zadáme úkol počítat od dvaceti do jedné, vyjmenovat dny v týdnu a měsíce v roce pozpátku nebo odečítání sedmičky od čísla sto. Chceme-li znát stav orientace, pokládáme pacientovi otázky na datum, čas, místo, kde se nyní nachází, otázky vážící se k jeho osobě a zda zná důvod a okolnosti hospitalizace. Krátkodobá paměť se testuje opakováním 3 slov po 5 minutách, opakováním předříkaných slov zepředu a zezadu. Stav abstraktního myšlení prověříme, necháme-li pacienta vysvětlit rozdíly podobných pojmů, přísloví nebo pojmy zobecnit. Zkoumá se i rychlost myšlení, kdy pacient má říci co nejvíce slov za 1 minutu, přičemž norma je okolo třiceti slov. Při vyšetření se sleduje tempo, chyby, vynechávání, opakování či změny pořadí slov (1, 20, 31, 36).

Následující podkapitola uvádí chorobné stavy, na které je také třeba myslet při stanovování diagnózy. Vyskytovat se u nich mohou stejné nebo podobné příznaky jako u delirií a nastává zde riziko určení špatné diagnózy.

#### ***1.1.6 Diferenciální diagnostika***

Nejčastější chybou v diagnostice delirantních stavů bývá záměna za demenci, avšak odlišení deliria a demence obvykle nedělá velké potíže, je-li možnost pacienta sledovat. Ačkoliv deliria nejsou součástí syndromu demence, často se vyskytují jako komplikující příznak demencí. Je to zejména tehdy, když u pacienta dojde k somatickým onemocněním nebo když užívá kombinaci mnoha léků. Deliria se tedy dělí na deliria nasedající na demenci a nenasedající na demenci. U některých demencí se však deliria objevují častěji, jsou to zejména demence s Lewyho tělísky. Delirium nasedající na demenci je charakteristické neproduktivností, stereotypními projevy, nevhodným a nepřiměřeným chováním. Porucha paměti často postihuje všechny složky

a bývají narušeny i intelektové funkce. Poruchy vnímání jsou bez vztahu k realitě. Osobnost pacientů jeví známky poškození. V případě delirantního stavu nenasedajícího na demenci je dezorientace živější, aktivnější, postižení se snaží vyznat v situaci. Často konfabulují, čili si vymýšlejí, a tím vyplňují prázdné místo v paměti. Mají narušenou krátkodobou paměť a všípivost, zatímco dlouhodobá paměť bývá zachována. Osobnost je relativně nezměněna. (12, 15, 16)

Z dalších nemocí diferenciální diagnóza zahrnuje amnestický syndrom, deprese, akutní přechodné psychotické poruchy, epilepsii, úraz či tumor mozku. V úvahu připadají i intoxikace psychotropními látkami, extrémní úzkost, fobie, silná bolest nebo dušnost (25, 31).

Léčba delirií by měla být komplexní a probíhat v několika okruzích.

### **1.1.7 Léčba**

Terapii delirantních stavů musí předcházet adekvátní identifikace jeho příčin. Specifická léčba deliria neexistuje a dosud není shoda v tom, do jaké míry tišit delirium farmakologicky. U neklidných pacientů s úzkostí nebo agresivitou je ovšem medikamentózní léčba nezbytná, chrání před vyčerpáním, stresem a rizikem úrazu. Vzhledem k častému vzniku delirantních stavů působením více vyvolávajících faktorů současně, je žádoucí komplexní přístup. Znamená to, že se na léčbě podílejí lékaři více oborů, například internisté, neurologové, psychiatři. Nedílnou součástí je týmová spolupráce ošetřujícího personálu i zapojení rodiny do péče o nemocného (27).

Ideální terapie by měla probíhat v několika směrech. Nejprve je nutné odstranit vyvolávající příčiny, i když ve většině případů se nepodaří zjistit všechny. Zajistí se kompenzace základních životních funkcí, hydratace i stav výživy. Léčí se přítomné infekce a postupně se provede úprava vnitřního prostředí. U deliria vzniklého podávanými léky se sníží dávka, nebo vysadí daný preparát. Další náležitostí léčby je úprava okolního prostředí pacienta. Vhodně se jeví klidné, tiché prostředí a dostatečně osvětlené místnosti. Někdy se doporučuje nechat svítit mírné světlo i v noci. Žádoucí je vyloučit nedostatek i přebytek zevních stimulů. Důležité je snažit se vzbudit v pacientovi pocit bezpečí. S pacientem by se mělo jednat trpělivě,

podporovat ho v orientaci místem, časem, vlastní identitě i důvodech hospitalizace. Reorientaci lze také navodit nástěnnými hodinami, kalendářem, či známými předměty z domova. Z dosahu pacienta by se měly odstranit ostré a nebezpečné předměty. Třetím směrem je léčba pomocí farmak. Nejčastěji jsou podávána neuroleptika druhé generace, přičemž z této skupiny je hojně používán benzamid tiaprid s firemním názvem Tiapridal či Tiapra. Při výskytu pouze nočních delirantních epizod je podáván na noc v jedné dávce, ale pokud se vyskytují deliria i ve dne, rozloží se dávka do tří až čtyř podání. Další často ordinovaný je melperon, který se ukrývá pod firemním názvem Buronil. I v tomto případě platí, že pokud se jedná o noční epizody, stačí melperon podat před spaním, v opačném případě se podávání rozloží do více dávek přes den. Nemá-li léčba těmito preparáty dostatečný efekt, nebo vyskytují-li se u pacienta závažné psychotické příznaky, ordinují se jiná antipsychotika. Například risperidon, firemním názvem Risperdal, dále olanzapin, firemním názvem Zyprexa, či quetiapin, firemně nabízený jako Seroquel. V případě přetrvávání neklidu spojeného s deliriem, se používá neuroleptikum haloperidol. Firemní preparáty se nazývají kupříkladu Haloperidol, Haldol, nebo Apo-haloperidol. K projasnění vědomí lze podat nootropika kupříkladu piracetam. Pokud nastalo delirium v souvislosti s psychickým traumatem, je vhodné nasazení antidepressivní léčby. Při výrazném napětí nebo úzkosti, lze s maximální opatrností podat benzodiazepiny, po kterých paradoxně kvalitativní porucha může pokračovat. Poslední součástí léčby je psychoterapie a edukace. Je možnost využít teorii waking dream, která pracuje s „materiálem“ produkovaném v deliriozním stavu jako nápomocným v porozumění pacientově patologii a objasňujícím zdroj úzkosti a strachu. Po odeznění deliria je důležité pomoci pacientovi porozumět, co se s ním během delirantního stavu stalo. Přiměřené a citlivé vysvětlení zlepšuje integraci pacienta po odeznění deliria zpět. Důležitá je edukace rodinných příslušníků. Vysvětlí se jim, jaké jsou příčiny, příznaky a průběh onemocnění i možná rizika tohoto stavu (6, 12, 13, 15, 20, 25, 27).

Zvláštní jednotkou v množině delirantních stavů je odvykací stav s deliriem. Figuruje v přímé souvislosti s odvykáním od alkoholu a vyvíjí se asi u pěti procent

případů. Klinický obraz i léčba jsou odlišné od delirií nealkoholové etiologie, proto je tato problematika v dalším textu uvedena zvlášť.

## ***1.2 Odvykací stav s deliriem***

Specifický stav, obvykle známý pod pojmem delirium tremens, se rozvíjí u lidí závislých na alkoholu při jeho odnětí nebo v rámci odvykání. Mezinárodní klasifikace nemocí deset jej nazývá odvykací stav s deliriem a označení má F 10.4. U jedinců závislých na alkoholu se může vyskytnout delirium i v souvislosti s intoxikací alkoholem nebo při chorobách provázejících chronický alkoholismus. Může se jednat o cirhózu jater, jaterní selhání, jícnové varixy, alkoholový zánět jater, vředovou chorobu, krvácení do gastrointestinálního traktu, akutní a chronickou pankreatitidu nebo diabetes mellitus. Další onemocnění spadající do této kategorie jsou malnutrice, deficit vitamínů B a C, rozvrat minerálů, krvácení do centrálního nervového systému, opakované úrazy hlavy, poruchy imunity, záněty plic, alkoholová kardiomyopatie, fibrilace síní, intoxikace léky nebo ateroskleróza. Tato onemocnění určují průběh delirantního stavu, zvyšují riziko dalších komplikací a rovněž i úmrtí. Delirium tremens v plně rozvinuté formě bezprostředně ohrožuje na životě, neléčené je až ve čtyřiceti procentech smrtelné (4, 14, 23).

### ***1.2.1 Klinický obraz odvykacího stavu s deliriem***

K rozvoji odvykacího stavu s deliriem dochází typicky druhý až třetí den abstinence, nejčastěji jde o abstinenci neplánovanou při hospitalizaci v nemocnici nebo akutním onemocnění. Mírnější příznaky jako nervozita, nespavost, třes končetin, tachykardie, nebo pocení se objevují již několik hodin po přerušení pití alkoholu. Při plně rozvinutém deliriu tremens se objevují bouřlivé psychiatrické a vegetativní příznaky. K psychiatrickým příznakům patří zastřené vědomí, porucha vnímání a myšlení, dezorientace místem, časem, situací. Dále úzkost, nespavost, psychomotorický neklid až agresivita, bludy, iluze, halucinace, zvýšená sugestibilita. Z vegetativních a neurologických příznaků se objevují hrubý třes, epileptické záchvaty, poruchy hybnosti, pocení, tachypnoe, tachykardie, arteriální hypertenze, horečka

a zvracení. Obvykle dominuje psychomotorický neklid, zrakové halucinace, hrubý třes končetin i těla a pocení. Nemocný volá různé osoby, odhání hmyz, brání se domnělému nebezpečí. Tento stav trvá obvykle tři až šest dnů. Končí hlubokým spánkem, ze kterého se nemocný probírá do relativně normálního duševního stavu, nebo příznaky odeznívají postupně. U pacientů se objevují fyzikální a laboratorní známky orgánového poškození alkoholem (4, 14).

V průběhu deliria je pacient ohrožen, mimo jiné pády, dehydratací, rozvratem vnitřního prostředí, oběhovým a respiračním selháním, edémem mozku nebo infekčními komplikacemi při imunodeficienci. Z důvodu neklidu a agresivity je klient nebezpečný pro sebe i okolí (4, 14).

Důležité je celkové vyšetření pacienta, aby se potvrdila diagnóza odvykacího stavu s deliriem.

### ***1.2.2 Diagnostika odvykacího stavu s deliriem***

Kromě klinického obrazu a laboratorních vyšetření je vhodné dokázat zneužívání alkoholu, to znamená získat objektivní informace nejčastěji od rodiny nebo z dokumentace. Pokud nelze získat informace od rodiny, je možné zneužívání alkoholu potvrdit laboratorními vyšetřeními. Za známku s nejvyšší platností je považován carbohydrát deficientní transferin s používanou zkratkou CDT. V neposlední řadě je důležité získat co nejvíce informací o chronických chorobách, předchozích hospitalizacích a nynějším onemocnění, které odstartovalo rozvoj odvykacího stavu (4, 14).

U pacienta se provádí se celkové fyzikální vyšetření. Podrobně se popíše stav vědomí a neurologický nález. Zjišťuje se stav výživy, hydratace, kožní změny, krvácivé projevy. Typický bývá zápach z úst, pátrá se po známkách úrazu, posoudí se stav dýchání a oběhu. Musí se vyloučit náhlá příhoda břišní, retence moče nebo meléna. V laboratorním monitoringu je vhodné se zaměřit na stav vnitřního prostředí, renálních funkcí, glykémie, krevního obrazu, C-reaktivního proteinu. Další vyšetření se plánují podle stavu pacienta. Z pomocných vyšetření se provádí elektrokardiografie, rentgen

plic, neurologické vyšetření, počítačová tomografie mozku a případně sonografické vyšetření (14).

### ***1.2.3 Léčba odvykacího stavu s deliriem***

Principem léčby je farmakologické tlumení neklidu a zvýšeného působení vegetativního systému, podpůrná interní léčba a léčba komplikací. Cílem je zklidnění pacienta, včetně ochrany před sebepoškozením, projasnění vědomí, prevence křečí a zlepšení somatického stavu. U těžkých delirantních stavů je nutná hospitalizace na jednotce intenzivní péče a monitorace vitálních funkcí. Léčba odvykacích stavů zahrnuje i režimová opatření. Řadí se sem klid na lůžku, redukce nadbytečných podnětů, obvykle dochází i k nutnosti použít fyzikálního omezení na lůžku při neklidu. Nezbytná je hydratace pacienta podávaná enterálně i parenterálně a úprava minerálové nerovnováhy (4, 14).

Lékem první volby u deliria tremens jsou benzodiazepiny, které výrazně snižují riziko epileptických záchvatů. Jsou to látky vyvolávající závislost, proto se musí po odeznění odvykacího syndromu postupně vysazovat. Dříve byl hojně podáván clomethiazol, na jehož působení se dnes názory různí. Často jsou používány i preparáty tiprid, melperon, haloperidol nebo midazolam. V poslední době je také doporučován carbamazepin. Výběr preparátu závisí na závažnosti deliria, somatických komplikacích, zkušenostech jednotlivých pracovišť a dostupnosti preparátů na trhu. Ke zvládnutí vegetativních příznaků jsou občas přidávány beta-blokátory, ovšem jejich použití je diskutabilní, jelikož nesnižují riziko křečí a samy o sobě jako vedlejší účinek mohou vyvolat delirantní stav. Na redukci vegetativních příznaků má účinek klonidin, který sice nesnižuje riziko vývoje křečí a deliria, ale delirium není popsáno jako nežádoucí účinek. Jako podpůrná léčba se podávají také hepatoprotektiva, vitamíny nebo nootropika (4, 14).

V dnešní době je preferována léčba dle příznaků pacienta, která reaguje na rychlé změny stavu, před fixním dávkováním medikamentů daného schématu. Tímto se zkracuje délka léčby a snižují náklady na léčbu (4).

Další kapitoly jsou věnovány ošetrovatelské péči, která je velmi významnou a nedílnou součástí léčby delirantního pacienta.

### ***1.3 Ošetrovatelská péče o pacienta v delirantním stavu***

Ošetrování delirantních osob může být mnohdy svízelné. Vzhledem k tomu, že dochází k mnoha kvalitativním poruchám vědomí, klinický obraz jednotlivých pacientů bývá značně různorodý a nelze předem předpokládat vývoj klinického stavu. Jelikož se u pacienta vyskytují například poruchy paměti, dezorientace, podrážděnost až agresivita, úzkost, halucinace či bludy, péče o pacienty klade na sestru zvláštní požadavky. Sestra musí pochopit, že pacient je pod vlivem své choroby a nelze jeho činy považovat za schválnost. Pacient nerespektuje pokyny, opouští lůžko, neví, kde je a kdo je, balí si věci domů, zkresleně vnímá realitu, a tedy celkově se chová neadekvátně. Důležité je s pacientem hovořit klidně, nezvyšovat hlas, ozbrojit se trpělivostí, kontrolou nad sebou a nenechat se vyprovokovat ke vzteku (20, 21, 22).

Na místě je zde zmínit i etickou otázku ošetrování, kdy by mohlo docházet k devalvaci pacienta, vzhledem k jeho nepřiměřenému jednání. Při nahlédnutí do Kodexu sester zjistíme, že sestra při poskytování péče má jednat s maximální úctou k lidské důstojnosti. Etické normy v ošetrovatelském povolání uvádějí, že sestra si má vážit jednotlivce jako jedinečné lidské bytosti, s jeho hodnotou a důstojností, bez ohledu na pohlaví, etnickou skupinu, rasu, kulturu, náboženství, ekonomické postavení, a také akceptovat klienta v jeho současné situaci bez hodnocení. Moralita v každém z nás je věcí dvou složek, a to rozumu a citu. Už filozof Aristoteles napsal, že základem dobrého jednání je mravní ctnost, neboli etiké. Ta spočívá v návyku vznikajícím formováním smyslových náklonností podle rozumu. Vzdělání a výchova, včetně sebevýchovy, jsou tak nezbytnými podmínkami mravního rozvoje jedince i společnosti (11, 29).

Sestra by si při ošetrování delirantního pacienta měla stanovit reálné cíle v plánu ošetrovatelské péče a je nutné, aby svoji péči prováděla v souladu s holismem. Filozofický směr ošetrovatelství holismus, se zabývá člověkem jako celkem v bio-psycho-sociálně-spirituální jednotě. V pojetí holismu je lidský organismus integrovaná,

organizovaná jednotka, kdy porucha jedné části celku vede k poruše jiné části, případně celého systému. Na mysli musíme mít to, že každý člověk je originální individualita, má své jedinečné vlastnosti, postoje, názory a potřeby. Potřeba člověka je znakem nějakého nedostatku a žádoucí je jeho odstranění. Lidské potřeby nejsou neměnné, v průběhu života se mění z hlediska kvality i kvantity. Charakteristickými znaky potřeb jsou předmětnost, dynamičnost, cyklicita a vývoj potřeb, závislý na změnách a způsobu uspokojování potřeb. Předmětnost vystihuje fakt, že potřeba je vždy potřebou něčeho. Dynamičnost udává vlastnost neustále se měnit a cyklicita říká, že potřeby se mohou obnovovat. K nejznámějšímu dělení patří Maslowova hierarchie potřeb, kterou vyvinul americký psycholog Abraham Maslow. V jeho teorii jsou lidské potřeby organizovány v posloupném systému podle své naléhavosti. Na základnu pyramidy umístil potřeby fyziologické, kam se zahrnuje potřeba pohybu, čistoty, výživy, vyprazdňování, spánku, kyslíku a sexuální potřeba. Jinak řečeno, jsou to potřeby základní, nejvíce vyjadřující narušenou homeostázu. Chronologicky vzhůru postupují potřeby bezpečí a jistoty, lásky a sounáležitosti, sebeúcty a na vrcholu je potřeba seberealizace. Pokud má pacient uspokojeny nižší potřeby, může dominovat potřeba výše postavená. Mezi základní či primární potřeby se řadí potřeby biologické, které jsou nezbytné pro zachování lidské existence a také potřeby bezpečí. Do vyšších či sekundárních potřeb náleží všechny ostatní potřeby, sloužící k bohatšímu a příjemnějšímu životu. Jakmile je jedna potřeba uspokojena, staví se na její místo nová. Sestra musí identifikovat potřeby pacienta, aby mohla pochopit a hodnotit příčiny jeho chování. Uspokojování potřeb by se mělo dít podle priorit, tedy podle toho, co je v dané situaci nejdůležitější. Potřeby vycházející ze život ohrožující situace, mají vždy přednost. Tabulka Maslowovy pyramidy je uvedena v příloze 2 (5, 28, 33).

Adekvátní péče o delirantního pacienta na jednotce intenzivní péče znamená použití specifických intervencí a na sestru klade požadavky od neverbální komunikace až po zajištění vhodného a bezpečného prostředí. Následující text se touto péčí zabývá.

### ***1.3.1 Zvláštnosti ošetrovatelské péče o delirantního pacienta***

Sesterské intervence se zaměřují na udržení pacienta v prostředí, které mu pomáhá k orientaci. Ošetřující personál jej oslovuje jménem, nemění příliš okolní prostředí a pokusí se mu zajistit stálý denní režim. Ošetřující osoby pacienta opakovaně informují o jeho osobě, místě, kde se nyní nachází, času a datu. Jak už bylo zmíněno, vhodné je umístit do pacientova zorného pole kalendář a hodiny s velkými číslicemi. Sestra podporuje používání kompenzačních pomůcek zlepšujících vnímání a následně orientaci. Jedná se o dioptrické brýle nebo sluchadlo. Dobré je také zapojit do péče o pacienta rodinné příslušníky nebo blízké osoby. Tito lidé jsou pro delirantního člověka velmi důležití, neboť je důvěrně zná a mohou pro něj být pocitem klidu a orientace. Jelikož se pacient cítí nejistě a může mít obavy z neznámého prostředí, volí se laskavý přístup a zbytečně se nezvyšuje hlas. Je důležité mu podávat jednoduché, konkrétní informace v malých dávkách a častějších intervalech. Ošetřující personál musí akceptovat pacientovo narušené vnímání při výskytu halucinací nebo iluzí. Reaguje-li na téma těchto poruch, své postřehy k tématu podává mírným způsobem, bez zbytečných argumentů, pacientovi nevyvrací obsah. Dle možnosti oddělení je žádoucí odstranit nadbytečné stimuly a rozptylující předměty, které pacienta rozrušují a mohou být součástí obsahu bludů a halucinací. Takto působit může například televize nebo obrazy na stěnách. Ošetřující personál rovněž pomáhá při uspokojování biologických potřeb, tedy při správné výživě, vylučování, pitném režimu nebo osobní hygieně. Sestra musí dbát na to, aby nedocházelo k retenci moče i stolice, neboť to může být jeden ze spolupůsobících činitelů vzniku deliria. Samozřejmostí bývá zavedený periferní nebo centrální žilní katétr pro infúzní terapii. Mnohdy může být pacientovi zaveden i permanentní močový katétr, z důvodu odvedení moče při inkontinenci pacienta a zároveň při nutném zajištění přesné bilance tekutin. Neopomenutelnou součástí péče je udržování bezpečného prostředí, s cílem zabránění úrazu pacienta. Pokud je již plně rozvinuté delirium, je důležité zajistit lůžko postranicemi a případně kovové části chránit molitanem nebo polštářem. Zároveň musí být zabezpečen dostatečný stupeň dozoru nad pacientem a není-li vyhnutí, použijí se omezující prostředky. Problematika restriktivních opatření bude dále samostatně

popsána. Avšak nepoužívání fyzického omezení, jako je kurtování a používání postranic v lůžku, se řadí do intervencí, které snižují výskyt deliria během hospitalizace. Seznam těchto opatření je uveden v příloze 3 (19, 21, 26, 27, 30, 31).

Vzhledem k výše popsané ošetrovatelské péči o delirantního pacienta je zřejmé, že mnohdy péče může představovat zátěž psychickou i fyzickou. Psychická zátěž bývá sestrami uváděna na prvním místě, i před velkou fyzickou zátěží (34).

### ***1.3.2 Náročnost ošetrovatelské péče sestry o delirantního pacienta***

Náročnost psychické zátěže ve vztahu sestry s pacientem je dána problémy, s nimiž si sestra v dané situaci neví rady. Cítí se zaskočená a prožívá pocit křivdy či ublížení. Často je bezradná ze slovních projevů strachu z blížící se smrti, z pacientových stesků a bolestí, sexuálních narážek nebo nevhodných doteků. Sestra musí mnohdy čelit také agresivitě, od nadávek až po fyzické napadení. Nepříjemně působí i fyzicky neagresivní chování, kdy klient bloudí po oddělení, stále vykonává nesmyslnou činnost, svléká se, cupuje prádlo, vytrhává katétry a chová se neklidně v noci. Sestry špatně vnímají i nemožnost domluvit se s pacientem na spolupráci a opakování pacientových dotazů. Je zatěžující stále opakovat a jasně formulovat informace, které si klient neustále žádá. Sestra se musí naučit ovládat i samu sebe, nenechat se vyprovokovat a individuálně se přizpůsobit pacientovu stavu. Jak již bylo uvedeno, delirantní stavy se vyskytují ve zvýšeném měřítku u gerontologických pacientů. Pracuje-li sestra se seniory, představuje péče o ně zvláštní požadavky. Zvýšené nároky jsou kladeny zejména na komunikační dovednosti, pozorovací schopnosti, čas a trpělivost. Komunikaci ovlivňují poruchy jako je nedoslýchavost, krátkozrakost, poruchy paměti, pozornosti, hybnosti a řeči. Sestra musí respektovat tyto bariéry a přizpůsobit komunikaci adekvátně každému pacientovi. Žádoucí je hovořit zřetelně, přiměřeně hlasitě, nepoužívat neznámá slova a odbornou terminologii. Po rozhovoru by sestra měla zpětnou vazbou zjistit, zda pacient rozuměl obsahu sdělení. Zcela zásadní úlohu zde mají pozorovací schopnosti sester. Pacienti mnohdy nejsou schopni nebo nemohou identifikovat své problémy a je tudíž na sestře, aby pozorováním snížila počet nepoznaných příznaků chorob. Čas a trpělivost by měly být samozřejmostí

přístupu nejen ke geriatrickým pacientům. Ovšem zejména geriatričtí pacienti vnímají čas odlišně než sestry, které většinou chtějí mít práci u pacienta rychle hotovou. Seniorovi je třeba dát dostatek času na zvládnutí všech úkonů, které dokáže sám, a teprve poté vykonat pouze to, co není v jeho silách. Nelehká situace pro sestry nastává také v případě umírání pacienta. Kontakt s pozůstalými je emocionálně těžký i pro sestry s mnohaletou praxí (17, 21, 32, 34).

Fyzická náročnost práce sestry je spjata už se samotným povoláním. To s sebou nese určité změny v životním stylu, jedná se o práci ve směnném provozu, kdy noční směny negativně ovlivňují zdravotní stav pracujících. Může docházet k poruchám spánku, onemocnění žaludku a střev nebo srdečním chorobám. Zvyšuje se také počet chyb při práci, nehodovost i konzumace alkoholu, cigaret a léků. Dalšími zápornými rysy práce sester je nepravidelné stravování a čerpání pracovních přestávek, nedostatečný pitný režim a z toho vyplývající pracovní přetížení a časová tíseň. Zatížení sestry je dáno typem oddělení, zdravotním stavem nemocných, počtem sester ve směně, počtem pomocného zdravotnického personálu a v neposlední řadě organizací práce a dostupností pomůcek snižujících fyzickou zátěž sestry. Zvýšené fyzické zátěži je vystaven zejména pohybový aparát dolních končetin, páteře a horních končetin. Přestože se již studentky zdravotnických oborů učí správné manipulaci s pacienty, stále se ve zdravotnictví vyskytuje mnoho úrazů a nemocí z povolání. Tento problém trvá stále, i když se zlepšuje vybavení nemocnic. Sestry většinou kvůli úspoře času nebo z důvodu nedostatku personálu pracují rizikově. Nejčastějším prohřeškem je polohování pacientů v počtu jedné sestry. Takovéto jednání je nezdravé pro sestru a zároveň nebezpečné pro pacienta. V důsledku opakovaných zátěží se může u sester objevit únava, při delším trvání až vyčerpání organismu s projevy podrážděnosti, snížením pozornosti, soustředěnosti a emoční labilitou. Mezi dalšími zdravotními dopady figurují bolesti či poruchy nohou, páteře a kloubů. Často se také vyskytují varixy (10, 32).

Jednotka intenzivní péče patří obecně mezi oddělení s nejvyšší psychickou náročností. Rovněž péče o pacienta v delirantním stavu vyžaduje od personálu značnou psychickou odolnost, schopnosti i vědomosti. Nastane-li nahromadění negativně

působících faktorů na organismus sestry, stav může vyústit až v syndrom vyhoření nebo odchod z profese. Syndrom vyhoření vzniká při dlouhodobém zatížení emocionálně náročnými situacemi. Tyto emocionální požadavky jsou nejčastěji způsobeny kombinací velkého očekávání u absolventů, snahou měnit nevyhovující profesi a chronickými stresy při práci s lidmi. Syndrom vyhoření značí stav psychického, fyzického a emocionálního vyčerpání a zasahuje do všech oblastí života. Únava a nesoustředěnost s sebou nese snížení výkonu a zvýšení možnosti chybování v zaměstnání. Naproti tomu emocionální vyčerpání se může záporně odrazit i ve vztahu k nejbližším osobám (10, 32, 34, 35).

S náročností péče sestry na jednotce intenzivní péče souvisí i monitorace, především fyziologických funkcí, kterou se budeme zabývat v následující kapitole.

### ***1.3.3 Monitorace pacienta na jednotce intenzivní péče***

Monitoring je opakované nebo trvalé sledování pacienta a jeho fyziologických funkcí a činnosti přístrojů. Cílem je včasné zjištění odchylek základních životních funkcí, hodnocení účinnosti léčebného působení a sledování vývoje trendů, čili porovnání fyziologických funkcí v časovém odstupu. Snímané hodnoty se zobrazují na monitoru u lůžka nemocného nebo na centrálním monitoru, kde se ukazují parametry od všech pacientů. Nejvyužívanější bývá kombinace obou způsobů, tedy monitory u lůžka i centrální (18, 24).

Sestra má při monitorování několik úkolů. Sleduje vitální funkce a posuzuje vzhled, chování, verbální i neverbální projevy pacienta. Hodnotí aktuální stav klienta, zaznamenává naměřené hodnoty do dokumentace a musí adekvátně reagovat na měnící se stav pacienta. Nezbytná je znalost ovládání přístrojové techniky a správné nastavení hranic alarmů. Činnost kardiovaskulárního systému sestra sleduje snímáním elektrokardiografické křivky s využitím tří nebo pěti svodového elektrokardiografu, měřením krevního tlaku či centrálního žilního tlaku. Měření krevního tlaku se provádí buď neinvazivní cestou pomocí manžety připojené k monitoru s nastavenými intervaly měření tlaku, nebo invazivně, kdy je kontinuálně sledován systémový tlak pomocí zavedeného katétru do artérie. Centrální žilní tlak odráží náplň krevního řečiště a funkci

pravé komory. Podmínkou měření je zavedený centrální žilní katétr. Stav dýchacího systému zjistíme jednak monitorací dechové frekvence snímané z elektrokardiografických elektrod při ventilačních pohybech a také pomocí pulzní oxymetrie, kdy se neinvazivně měří saturace hemoglobinu kyslíkem. Snímací senzor se umístí na prst ruky nebo ušní lalůček. Další součástí monitoringu je měření tělesné teploty, které se většinou provádí neinvazivně digitálními nebo rtuťovými teploměry, průběžně vkládanými pacientovi. Kontinuálně lze tělesnou teplotu měřit kožním čidlem se zobrazením na monitoru. Pro zjištění stavu nervového systému, se určuje stav vědomí pacienta. Nejvyužívanější je skórovací systém Glasgow coma scale, hodnotící otevření očí, slovní a motorickou odpověď pacienta. Tabulka Glasgow coma scale je uvedena v příloze 4. Dalším ukazatelem neurologického stavu je velikost zornic a reakce zornic na osvit. K dalším povinnostem sestry na jednotce intenzivní péče patří stanovení bilance tekutin, sledování laboratorních výsledků nebo hlavních a vedlejších účinků aplikovaných léků. Z důvodu různorodých příčin vyvolávajících deliria a rozmanitého klinického stavu pacienta se bude odvíjet i odlišná monitorace jednotlivých osob (18, 19, 24).

V posledních letech dochází k rozvoji nového trendu v oblasti ošetrovatelské péče u indikovaných skupin pacientů. Jedná se o koncept bazální stimulace, který stojí na vědeckých základech a je využitelný od neonatologie po seniory.

#### ***1.3.4 Ošetrovatelská péče dle konceptu bazální stimulace***

Bazální stimulace je pojetí péče, podporující lidské vnímání v nejzákladnější rovině. Orientuje se na všechny oblasti lidských potřeb a přizpůsobuje se věku a stavu klienta v rámci holistické filozofie. Používáním bazálně stimulující péče se podporuje vývoj lidí krátkodobě či dlouhodobě omezených v komunikaci, vnímání či pohybu. Při nedostatečném přísunu podnětů z okolního prostředí dochází k poruše smyslově pohybového aparátu a nedostatečné organizaci nervových buněk nemocného. Předpokládá se, že lidský mozek má schopnost uchovávat životní návyky v paměťových drahách a cílenou stimulací uložených vzpomínek lze znovu aktivovat jeho činnost.

Typickým znakem pro tento koncept je zapojení rodiny či nejbližších osob do péče o pacienta (7, 8, 9).

Koncept se uplatňuje zejména v péči o postižené děti, pacienty v komatózních stavech, dlouhodobě upoutané na lůžko, neklidné a dezorientované nebo geriatrické osoby a pacienty v intenzivní péči. Předpokladem kvalitní a účinné stimulace je získání biografické anamnézy, formulář je uveden v příloze 5. Bazální stimulace klade velký zřetel na každý druh doteků, které ve své práci poskytuje zdravotnický tým prostřednictvím polohování, rehabilitačního ošetřovatelství, masáží, při pohybu a korekci polohy. Vychází se z toho, že každý dotek je určitou formou komunikace mezi lidmi, přičemž velmi důležité jsou lokalita doteku a jejich intenzita. Další významnou roli v bazální stimulaci hraje komunikace. Kromě tradičních forem řeči a písma, využívá somatickou komunikaci, vibrační komunikaci, vestibulární komunikaci, olfaktorickou komunikaci, orální komunikaci, optickou komunikaci a taktilní komunikaci. Při provádění bazální stimulace je důležité dodržovat několik zásad, které jsou uvedené v příloze 6 (7).

V rámci somatické stimulace u delirantního pacienta lze využít celkovou zklidňující koupel, uložení do poloh mumie a hnízdo nebo masáž stimulující dýchání. Celková zklidňující koupel působí na tělesné uvolnění, redukci neklidných stavů a stimuluje vnímání vlastního těla. Zvláštností je zde speciální technika umývání. Ošetřující se vždy snaží dotýkat pacientova těla oběma rukama, během mytí by neměl odcházet, být rušen a hovořit s třetí osobou. Doba trvání by neměla přesáhnout patnáct až dvacet minut. Mytí se začíná na hrudníku a pokračuje na končetiny, přes paže k jednotlivým prstům, poté se umyjí nohy a jednotlivé prsty. Technika je ve směru růstu chlupů. Záda umýváme v poloze na boku, směrem od páteře k zevní straně trupu. Osušujeme stejným způsobem jako umývání, tedy ve směru růstu chlupů. Po skončení koupele dotyčného přikryjeme a necháme jej odpočívat (7, 8).

Polohováním pacienta poskytujeme kromě somatické i vestibulární stimulaci a umožníme získat informace o jeho těle. Možnosti změn tělesné pozice u ležících pacientů jsou propletení prstů rukou, položení rukou na hrudník, překřížení dolních končetin, polohování na různě tvrdých a měkkých matracích. Ke změně polohy lze

využít srolované ručníky, povlečení, polštářky či perličkové polohovací polštáře. Nejvýraznější somatickou stimulaci umožňují pozice mumie a hnízdo. Poloha mumie je vhodná u neklidných, agresivních, zmatených pacientů či klientů dlouhodobě upoutaných na lůžko. Pacient leží na zádech, hlavu podložíme polštářem, tělo obložíme srolovanými ručníky, dekami, polohovacími polštáři a zavineme do prostěradla. Horní končetiny položíme na hrudník a ponecháme možnost, aby se pacient z této polohy mohl vymanit. Maximální doba v poloze mumie je dvacet minut, a po celou dobu se pacient sleduje. Následuje klidová fáze, případně uložení do pozice hnízdo, která navozuje příjemné pocity, jistotu, zlepšení vnímání hranic svého těla. Je vhodná ve fázi odpočinku, během noci, po zklidňující koupeli, po vyšetřeních. Lze ji provést vleže na zádech nebo na boku, na břiše. Pacienta uložíme do polohy, srolovanými dekami ohraničíme tělo a poskytneme příkrývku (7, 8).

Pokud má pacient omezenou pohybovou aktivitu, vestibulární aparát ztrácí schopnost reagovat na změny polohy a následkem bývá kolaps, nauzea a poruchy orientace na vlastním těle i v prostoru. Vestibulární stimulace s delirantním pacientem se bude provádět, pokud je upoután na lůžko déle než tři dny a u nemocných s omezenou možností pohybu. Možností provedení stimulace je více, ovšem stěžejní je nácvik takzvaného pohybu ovesného klasu v poli, houpavé pohyby v lůžku a otáčivé pohyby hlavy i posazování pacientů do křesel (7, 8).

Pro optickou stimulaci je důležitá i sebemenší změna polohy, pacientovi se tím umožní sledovat dění v jeho okolí. Na místě je si uvědomit, aby se hodiny a kalendář umístily do jeho zorného pole pacienta a používá-li brýle, nezapomenout mu je nasadit. Pacientovi se nabízí jemu důvěrně známé předměty, rodinné fotografie, oblíbené obrázky. Dobré je také pacientovu tvář vystavit slunečnímu záření (7, 8).

Auditivní stimulace využívá hlasu příbuzných či kamarádů, přehrávání oblíbených hudebních nosičů, poslechu rádia, sledování televize, předčítání knih nebo novin. Cílem je vzbuzovat pacientův pocit jistoty a dezorientovaným zprostředkovat informace o jeho osobě (7, 8).

Orální stimulace zprostředkuje vjemy z dutiny ústní a aktivizuje paměťovou stopu, zvláště u delirantních klientů s dlouhodobou parenterální výživou

nebo zavedenou perkutánní endoskopickou gastrostomií. Do úst se vkládá váček z mulu s kouskem poživatiny, štičky namočené například v kávě, džusu či jiné oblíbené tekutině. Nekombinují se více než tři různé chutě a do úst se nevniká násilím (7, 8).

Vůně a pachy evokují v lidském organismu vzpomínky na situace, lidi, prostředí. Čichové stimuly se nenabízí kontinuálně, aby si na ně pacient nezvykl. Vhodné jsou vůně osobních toaletních přípravků, parfémů, deodorantů nebo jídla. Vlastní hygienické prostředky mohou pacientovi pomoci správně vyhodnotit situaci, tedy provádění toalety. Vhodná je kombinace s optickou a taktilně-haptickou stimulací. Při poslední jmenované stimulaci se pacientovi nabízí osobní ručníky, žínky, hrníčky na pití, předměty užívané k osobní toaletě, oblíbené předměty, talismany i předměty denního života například mobilní telefon (7, 8).

V případě, že se nedaří pacientovo agresivní chování zvládnout jinými způsoby, je nutné použít restriktivní postupy za účelem fyzického omezení.

#### ***1.4 Omezovací prostředky***

Tato opatření se užívají pouze v případech, kdy by mohlo dojít k bezprostřednímu sebepoškození pacienta nebo ohrožení jeho okolí. Mezi restriktivní, čili omezovací prostředky, se řadí omezení v lůžku, terapeutická izolace, umístění v síťovém lůžku, ochranný kabátek, manuální fixace a podání medikace bez souhlasu nemocného. Omezovací metody zasahují do osobní svobody pacienta, omezující jeho volný pohyb či jednání, proto je nezbytně nutné dodržovat určité zásady k minimalizaci vzniku komplikací. Komplikací může být poranění pacienta či členů personálu v průběhu omezování pacienta, poranění pacienta způsobené přílišným přitaháním popruhů, nedostatečným vypodložením nebo nedostatečnou kontrolou personálu. Mimo jiné může dojít i k prochladnutí pacienta, poranění pacienta v terapeutické izolaci cizím předmětem nebo psychické traumatizaci klienta vyplývající z omezení (2, 3, 22).

O nasazení omezovacích prostředků je kompetentní rozhodnout pouze lékař. V naléhavých případech může rozhodnout i sestra, avšak musí v co nejkratší době o tomto kroku informovat lékaře, ten posoudí aktuální stav a případně zvolí jiné opatření. Zásady o postupu při nasazování restriktivních opatření a ošetrovatelské péči

bývají v jednotlivých nemocnicích upraveny vnitřními předpisy v podobě standardů ošetrovatelské péče a metodických pokynů (3, 22).

#### ***1.4.1 Omezení pacienta v pohybu mechanickými prostředky***

Jedná se o krátkodobé znehybnění pacienta v lůžku nebo při transportu za využití popruhů na horních nebo dolních končetinách, případně břišního pásu. Cílem je zabránit sebepoškození pacienta, zajistit bezpečnost pro ostatní pacienty i zdravotnický personál, zabránit poškození majetku a vytvořit podmínky pro zahájení léčebného procesu. Indikacemi jsou závažný psychomotorický neklid ohrožující okolí, autoagresivní projevy s rizikem sebepoškození a sebevraždy, stavy s vysokou pravděpodobností ústící do předešlých projevů. Toto omezení nikdy nesmí sloužit jako trest. Provádění omezení probíhá s dostatečným počtem personálu, bez přítomných návštěv, po předchozí edukaci pacienta. Je mu vysvětlen důvod, předpokládaná délka omezení a dostupnost ošetrovatelského personálu. Pokud je ze strany pacienta přijetí nedobrovolné, musí se přistoupit k fyzickému nátlaku, při němž se ovšem chováme humánně a nesmějí být použity bolestivé hmaty. Na začátku omezení v lůžku se změří krevní tlak a puls, napolohuje se lůžko a provede dostatečné vypodložení popruhů. Po celou dobu omezení je pacient průběžně sledován sestrou, provádí se kontrola vědomí, stav prokrvení končetin, v pravidelných intervalech je měřen krevní tlak a puls. Při ošetrovatelské péči se sestra zaměřuje především na dostatečnou hydrataci, kdy minimální denní příjem tekutin musí činit dva litry. Sestra zajišťuje kompletní hygienickou péči včetně péče o dutinu ústní, výměny ložního a osobního prádla, upravuje lůžko a dbá o prevenci dekubitů vypodložením predilekčních míst a používáním antidekubitních pomůcek. Monitoruje rovněž stav kůže a vylučování moče a stolice. Nesmí se opomenout zajistit péče o dýchací cesty, je-li zvýšené riziko aspirace či zahlenění pacienta. V neposlední řadě sestra odpovídá za správné přiložení a vypodložení popruhů, pravidelné uvolňování a masírování končetin s kontrolou prokrvení fixovaných končetin. Optimální je ujistit pacienta, že ošetrovatelský personál je nablízku a posílit tak jeho pocit bezpečí. Pokud to stav pacienta vyžaduje, zůstává sestra u lůžka stále. Po dobu omezení v lůžku musí personál dbát na zachování

léčebního vztahu s pacientem, s tím vědomím, aby se nestal pouze pasivním objektem péče. V příloze 7 je uveden standard ošetrovatelské péče číslo 37 Omezení pacienta v lůžku Nemocnice České Budějovice, a.s. (2, 3, 22).

#### ***1.4.2 Terapeutická izolace***

Omezením v terapeutické izolaci se rozumí znemožnění volného pohybu pacienta po oddělení uzavřením v samostatné místnosti k tomu určené. Terapeutická izolace musí splňovat požadavky na vyloučení nebezpečných předmětů a tím snížení rizika poranění. V ideálním případě je terapeutická izolace vybavena nenápadným kamerovým monitorovacím systémem s výstupem do pracovny sester. Cílem umístění pacienta do terapeutické izolace je zajistit bezpečnost pro něho, bezpečnost a klid pro ostatní pacienty a zároveň zajistit dodržování léčebného režimu. Indikace k uzavření do terapeutické izolace je výrazně obtěžující chování nemocného vůči ostatním osobám na oddělení, v krátkodobém časovém úseku neřešitelné. Dále chování nemocného výrazně snižující lidskou důstojnost před osobami přítomnými na oddělení, zvýšené riziko ohrožení zdraví nemocného a projevy psychomotorického neklidu ohrožujícího okolí. V tomto případě je použití izolace zvoleno jako vhodnější než omezení v lůžku (2, 22).

Před umístěním do izolační místnosti sestra provede kontrolu, zda se uvnitř nevyskytují nebezpečné předměty, rovněž i pacientovi jsou odebrány předměty, kterými by se mohl poškodit. Pacientovi je stejně, jako v případě omezení v lůžku, nabídnuta možnost dobrovolné izolace, bez fyzického nátlaku. Pokud ji neakceptuje, přistoupí se k organizovanému zákroku pod fyzickým nátlakem, opět nesmí být použity bolestivé hmaty a podobně. Pacient je informován, pro něj pochopitelnou formou, o důvodech umístění do izolace, dalším léčebném postupu včetně časové perspektivy délky izolace i dostupnosti ošetřujícího personálu. Pacient je v místnosti co nejvíce sledován, nejdéle v hodinových intervalech. Zkoumány jsou celkové projevy a chování nemocného. Ošetrovatelská péče je prováděna standardně, v pravidelných intervalech jsou nemocnému nabízeny tekutiny a personál v průběhu izolace upevňuje pacientovu

orientaci místem, časem a osobou. Důležité je s pacientem předem dohodnout způsob přivolání personálu (2, 22).

#### **1.4.3 Sít'ové lůžko**

Jedná se o speciální lůžko se sítí, při jehož uzavření se omezí volný pohyb pacienta. Důvody pro použití jsou opakované či dlouhodobé projevy psychomotorického neklidu, které jsou léky neovlivnitelné nebo nedostatečně ovlivnitelné. Použit lze také u pacientů se stavu zmatenosti a dezorientace s rizikem poranění nebo u pacientů nekontrolujících své jednání vedoucí k vlastnímu ohrožení nebo ohrožení jiných osob a věcí. Sít'ové lůžko tedy nesmí být používáno k řešení akutních stavů. Omezení pacienta v sít'ovém lůžku je kompetentní naordinovat lékař, který musí provést písemný zápis do dokumentace. Pacientovi jsou před umístěním do lůžka odebrány předměty, kterými by mohlo dojít k sebepoškození. Sestra poskytuje kompletní ošetrovatelskou péči se zvýšeným dohledem, kdy sleduje chování a projevy pacienta a dohlíží na pravidelné vyvádění ze sít'ového lůžka. Děje se tak například za účelem hygienické péče, stravování a podobně. Neopomíná se ani rehabilitace pacienta, jako prevence komplikací z omezení pohybu (2, 22).

#### **1.4.4 Ochranný kabátek a manuální fixace**

Ochranný kabátek je více znám pod dřívějším označením svěrací kazajka. V současné době je využití velmi sporadické, především při projevech sebepoškozování, kdy není nezbytně nutné omezit veškerý pohyb pacienta, nebo při transportu pacientů (2, 22).

Omezení manuální fixací je postup často používaný ve Velké Británii. Pacientovi v pohybu brání 3-5 školených ošetrovatelů, s cílem jej znehybnit či umožnit aplikaci nedobrovolné medikace, a to v situacích, kdy méně intenzivní techniky nebyly účinné a je třeba akutního zákroku (2, 22).

#### ***1.4.5 Aplikace psychofarmak bez souhlasu nemocného***

Tento postup lze označit spíše jako prostředek léčebný. Ve většině případů se podávají psychofarmaka ke zklidnění dotyčného, a tím k zahájení terapie. Podávat pravidelnou medikaci proti vůli pacienta je možné jen u pacientů, u kterých je k dispozici souhlasné usnesení příslušného soudu splnění podmínek pro nedobrovolnou hospitalizaci. Pokud toto stanovisko soudu k dispozici není, je možné podávat medikaci proti vůli pacienta jen v situacích vyžadujících neodkladné řešení. Děje se tak při akutně a intenzivně probíhajících stavech psychomotorického neklidu, agresivních projevech, extrémní úzkosti, či epileptickém záchvatu. Po dosažení útlumu sestra zajistí monitorování somatického a psychického stavu a kontroluje základní životní funkce (2, 22).

## **2. Cíle práce a hypotézy**

### **2.1 Cíle práce**

1. Posoudit náročnost ošetrovatelské péče z pohledu sester u klientů/pacientů v delirantním stavu na jednotkách intenzivní péče Nemocnice České Budějovice, a.s.
2. Zhodnotit úroveň znalostí sester o specifichosti ošetrovatelské péče u klientů/pacientů v delirantním stavu na jednotkách intenzivní péče Nemocnice České Budějovice, a.s.
3. Zjistit, zda sestry znají zásady využití omezujících prostředků, dle standardu ošetrovatelské péče Nemocnice České Budějovice, a.s.

### **2.2 Hypotézy práce**

1. Sestry, pečující o klienty/pacienty v delirantním stavu, se cítí vyčerpaně.
2. Vysokoškolsky vzdělané sestry mají vyšší úroveň znalostí o delirantních stavech než sestry s nižším stupněm vzdělání.
3. Sestry používají omezovací prostředky v péči o delirantní klienty/pacienty dle standardu ošetrovatelské péče.

### **3. Metodika**

#### **3.1 Metodika výzkumu**

K uskutečnění výzkumného šetření byla použita kvantitativní metoda sběru dat, a to dotazník pro sestry jednotek intenzivní péče z Nemocnice České Budějovice, a.s. Tento anonymní dotazník obsahoval celkem 25 otázek, přičemž respondenti vyplňovali 2 otevřené, 13 zavřených, 9 polozavřených otázek a 1 filtrační otázku. Výzkumné šetření bylo provedeno během ledna a února 2009. Dotazník je uveden v příloze 1.

Výsledná data byla znázorněna pomocí grafů. Číslování jednotlivých grafů koresponduje s čísly otázek v dotazníku.

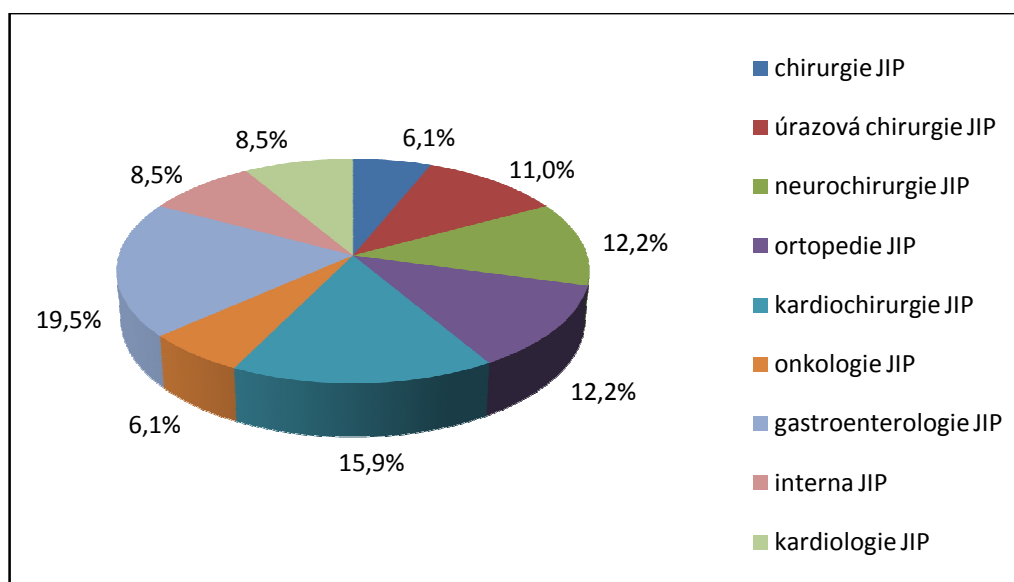
#### **3.2 Charakteristika výzkumného souboru**

Dotazníky byly rozdány sestrám z 9 jednotek intenzivní péče v Nemocnici České Budějovice, a.s. Jednalo se o jednotky intenzivní péče těchto oddělení: onkologického, gastroenterologického, interního, kardiologického, neurochirurgického, ortopedického, kardiochirurgického, chirurgického a oddělení úrazové chirurgie.

Celkový počet rozdaných dotazníků byl 107. Zpět se vrátilo 86 dotazníků, návratnost tedy činila 80,3 %. 4 dotazníky byly následně vyloučeny pro neúplnost. Ke zpracování dat sloužilo 82 dotazníků.

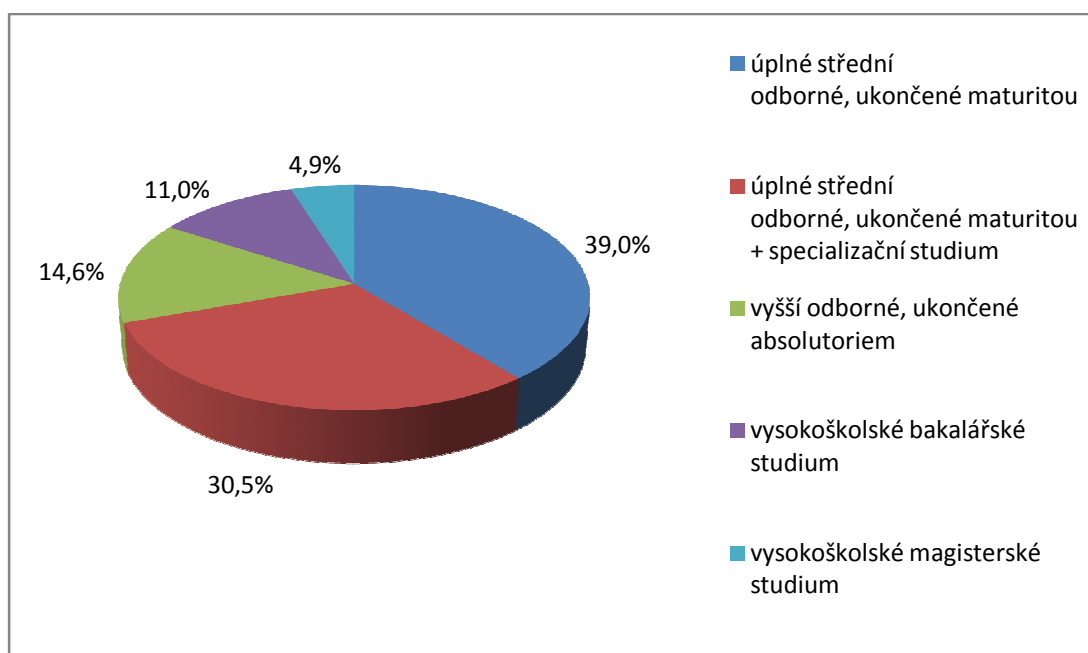
#### 4. Výsledky

**Graf 1 Pracoviště sester**



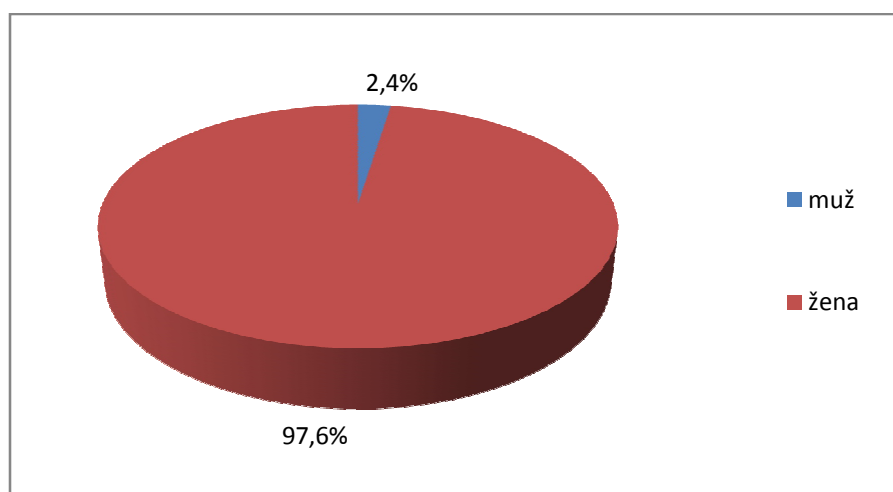
Z celkového počtu 82 (100 %) sester, jich 16 (19,5 %) pracuje na jednotce intenzivní péče gastroenterologické, 13 (15,9 %) sester na kardiochirurgické jednotce intenzivní péče, 10 (12,2 %) na neurochirurgické jednotce intenzivní péče a 10 (12,2 %) sester na jednotce intenzivní péče ortopedické. Dále 9 (11,0 %) sester pracuje na jednotce intenzivní péče úrazové chirurgie, 7 (8,5 %) sester na jednotce intenzivní péče interní, 7 (8,5 %) sester na jednotce intenzivní péče kardiologické, 5 (6,1 %) sester pracuje na chirurgické jednotce intenzivní péče a rovněž 5 sester (6,1 %) na jednotce intenzivní péče onkologické.

**Graf 2 Vzdělání sester**



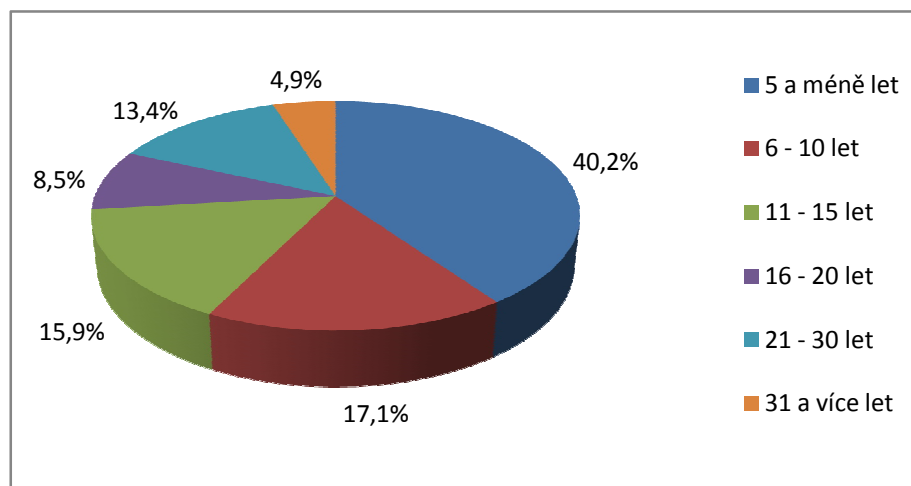
Z 82 (100 %) sester, má 32 (39,0 %) úplné střední odborné vzdělání, ukončené maturitou. Úplné střední odborné vzdělání s maturitou a specializačním studiem uvedlo 25 sester (30,5 %). 12 (14,6 %) sester má vyšší odborné vzdělání, ukončené absolutoriem. 9 (11,0 %) sester vystudovalo vysokoškolské bakalářské studium a 4 (4,9 %) sestry vysokoškolské magisterské studium.

**Graf 3 Pohlaví sester**



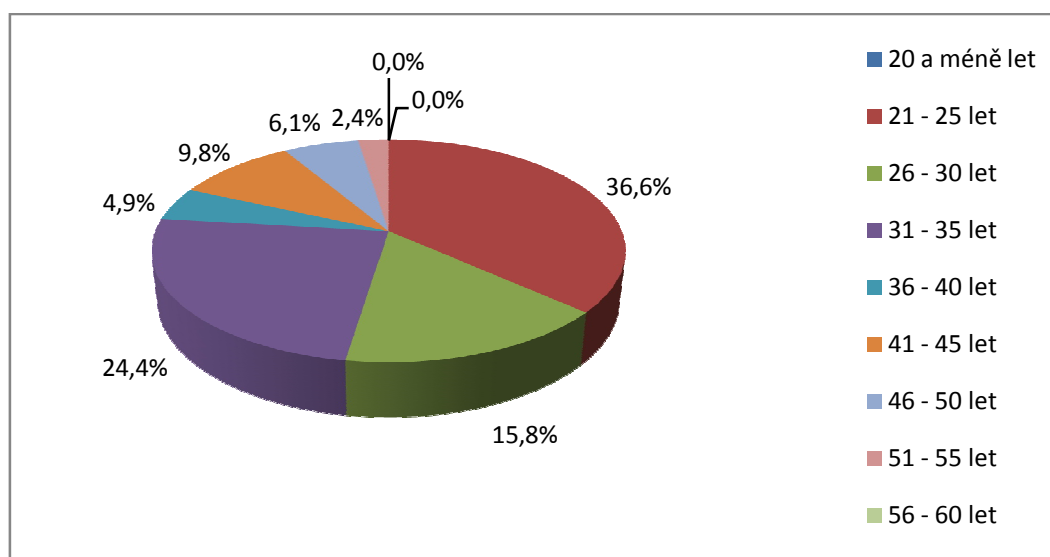
Z celkového počtu 82 sester (100 %) bylo 80 (97,6 %) žen a 2 (2,4 %) muži.

**Graf 4 Délka praxe sester ve zdravotnictví**



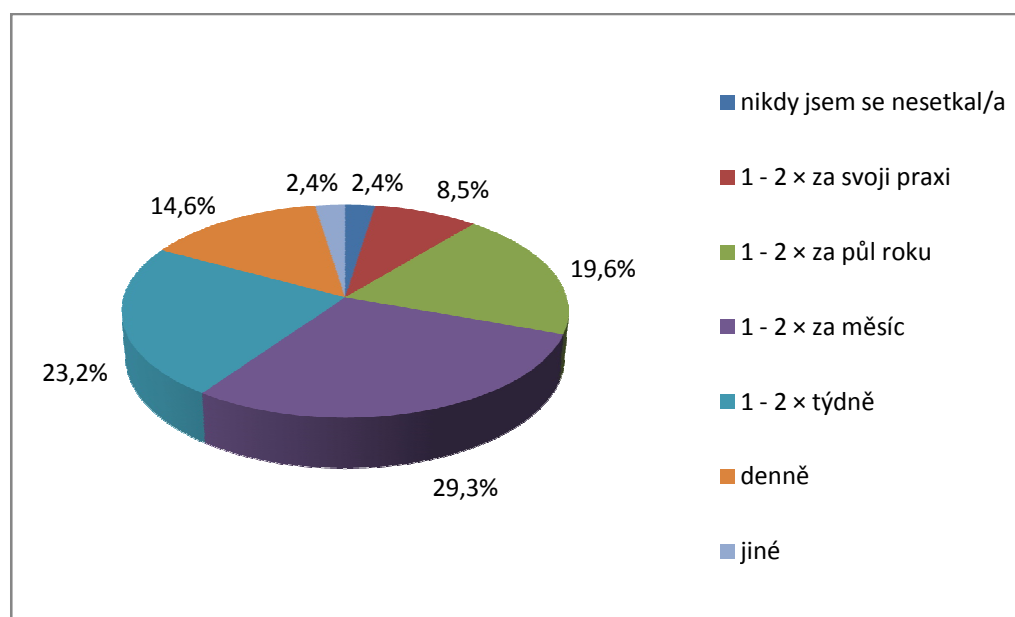
Z celkového počtu 82 (100 %) sester, jich 33 (40,2 %) pracuje 5 a méně let. Délku praxe 6 – 10 let uvedlo 14 (17,1 %) sester a 11 – 15 let v praxi uvedlo 13 (15,9 %) sester. 21 – 30 let pracuje 11 (13,4 %) sester. 7 (8,5 %) sester uvedlo položku 16 – 20 let a 4 (4,9 %) sestry jsou v praxi 31 a více let.

**Graf 5 Věk sester**



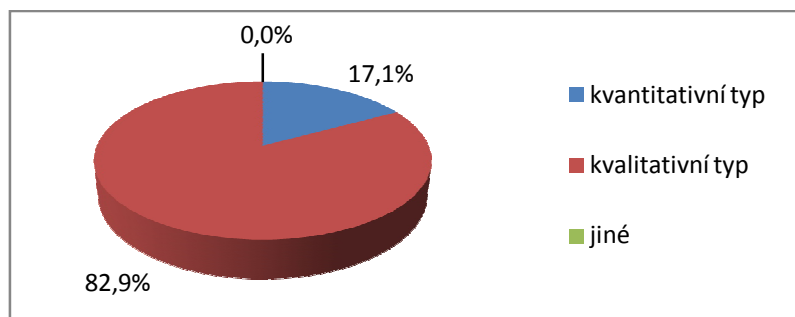
30 sester (36,6 %) je ve věku 21 – 25 let. 20 (24,4 %) sester uvedlo svůj věk mezi 31 – 35 lety a 13 (15,8 %) sester mezi 26 – 30 lety. 8 (9,8 %) sester označilo variantu 41 – 45 let a 5 sester (6,1 %) variantu 46 – 50 let. 4 (4,9 %) sestry jsou ve věku 36 – 40 let a 2 (2,4 %) v rozmezí 51 – 55 let. Položky 56 – 60 let a 20 a méně let, neuvedl žádný respondent.

**Graf 6 Výskyt delirantních stavů**



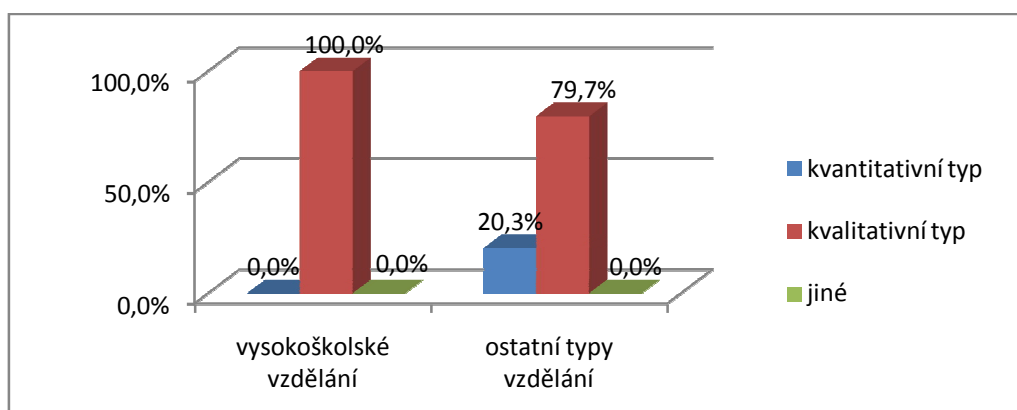
Z celkového počtu 82 (100 %) sester, se 24 (29,3 %) setkává s delirantními pacienty 1 – 2 × za měsíc. 19 (23,2 %) sester se s těmito pacienty setkává 1 – 2 × týdně a 16 (19,6 %) 1 - 2 × za půl roku. 12 (14,6 %) sester uvedlo variantu denně a 7 sester (8,5 %) se setkala s delirantním pacientem 1 – 2 × za svoji praxi. 2 respondenti (2,4 %) se nikdy nesetkali s delirantním pacientem a 2 (2,4 %) respondenti uvedli variantu jiné. Tam shodně uvedli, že delirantní pacienti se na jejich pracovišti vyskytují nepravidelně.

**Graf 7a Delirium jako porucha vědomí**



68 (82,9 %) sester uvedlo, že delirium je kvalitativní typ poruchy vědomí. Oproti tomu 14 (17,1 %) sester si myslí, že delirium je kvantitativní porucha vědomí a variantu jiné neoznačil nikdo.

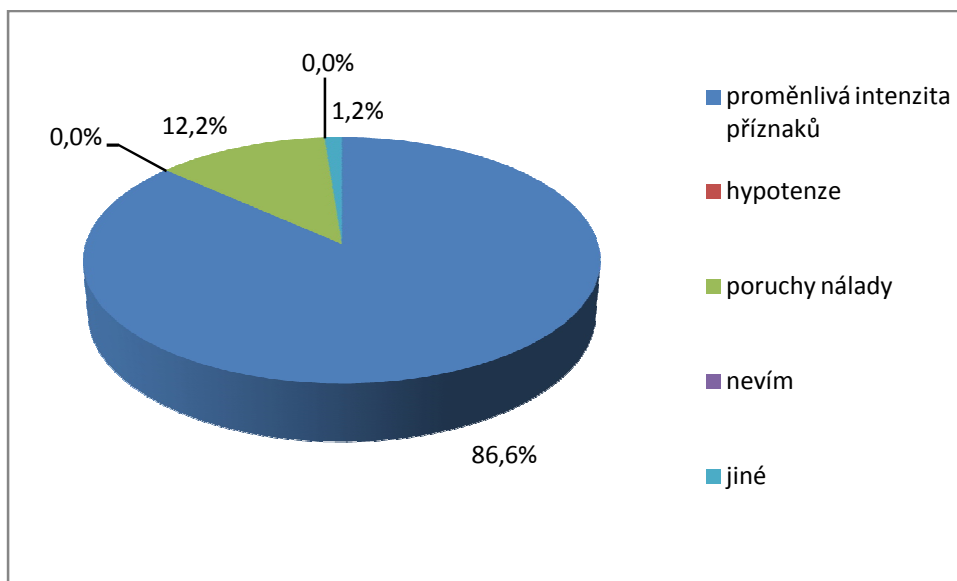
**Graf 7b Delirium jako porucha vědomí (členění odpovědí dle vzdělání sester)**



Tento graf navazuje na graf 7a. Ze 13 (100 %) sester s vysokoškolským vzděláním, všech 13 (100 %) sester označilo delirium jako kvalitativní typ poruchy vědomí. Položky kvantitativní typ a jiné, neuvedla žádná z vysokoškolsky vzdělaných sester.

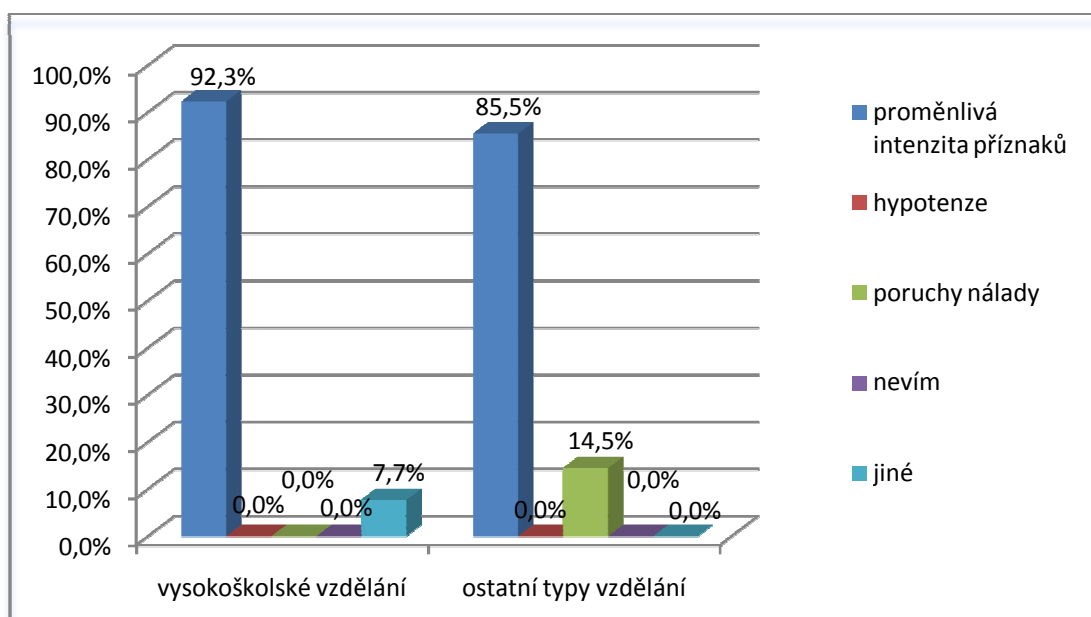
Ze 69 (100 %) sester s ostatními typy vzdělání, označilo delirium jako kvalitativní typ 55 (79,7 %) sester a kvantitativní typ 14 (20,3 %) sester. Variantu jiné nikdo neoznačil.

**Graf 8a Příznaky deliria**



Z celkového počtu 82 (100 %) sester, jich 71 (86,6 %) označilo variantu proměnlivá intenzita příznaků (př. porucha vědomí, pozornosti, vnímání, psychomotoriky, změna cyklu spánek-bdění), 10 (12,2 %) sester se domnívá, že jde o poruchu nálady a 1 (1,2 %) respondent v položce jiné, napsal halucinace. Žádná osoba neoznačila varianty hypotenze a nevím.

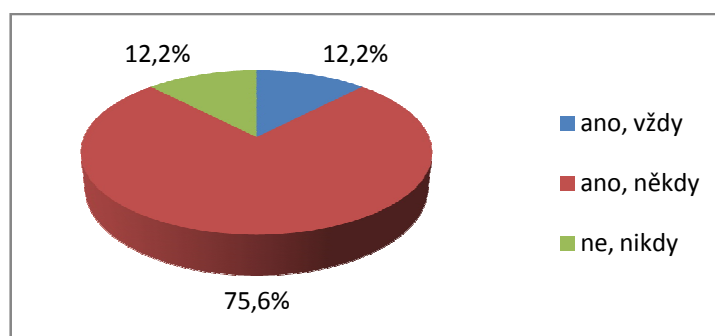
**Graf 8b Příznaky deliria (členění odpovědí dle vzdělání sester)**



Tento graf navazuje na graf 8a. Ze 13 (100 %) vysokoškolsky vzdělaných sester, proměnlivou intenzitu příznaků označilo 12 (92,3 %) sester a variantu jiné 1 (7,7 %) sestra. Položky hypotenze, poruchy nálady a nevím označeny nebyly.

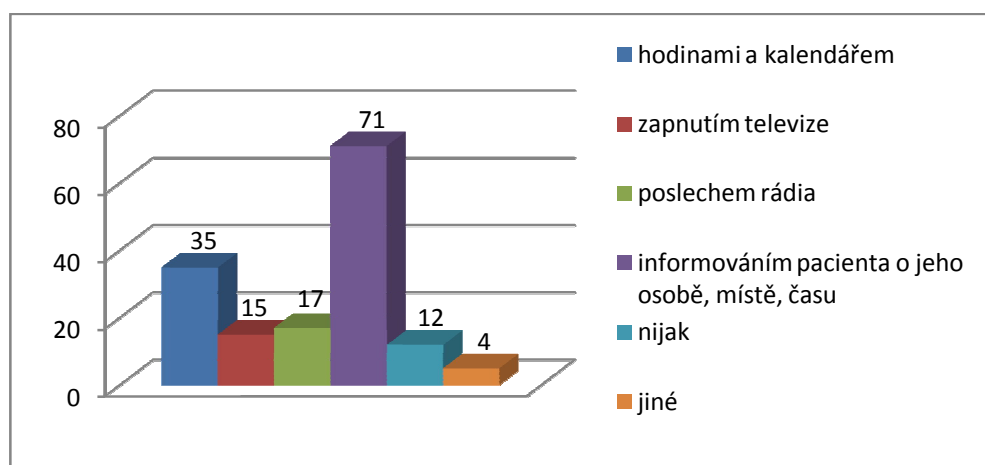
Ze 69 (100 %) sester s ostatními typy vzdělání, proměnlivou intenzitu příznaků označilo 59 (85,5 %) sester a poruchy nálady uvedlo 10 (14,5 %) sester. Varianty hypotenze, nevím a jiné neoznačila žádná sestra.

**Graf 9 Zapojení rodiny do péče o delirantního pacienta**



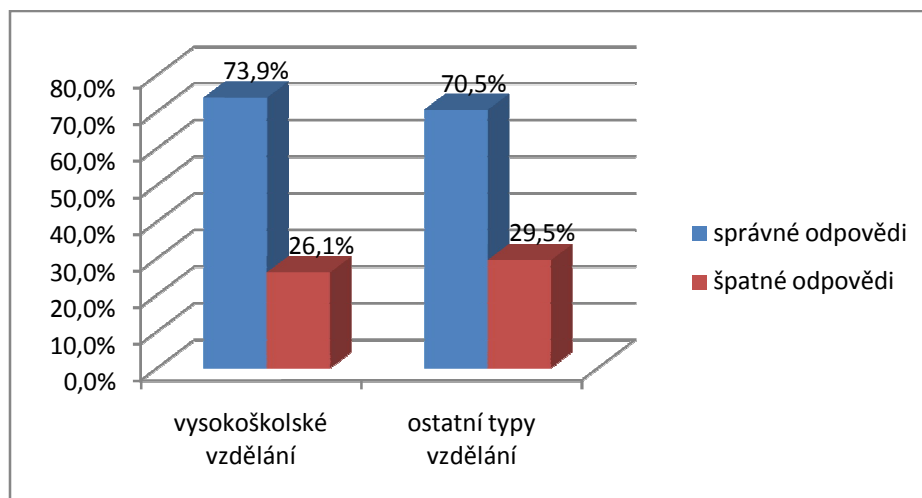
Z celkového počtu 82 (100 %) sester, rodinu do péče někdy zapojuje 62 (75,6 %) sester a 10 (12,2 %) sester zapojuje rodinu vždy. Rovněž 10 (12,2 %) sester uvedlo, že rodinu nezapojuje nikdy.

**Graf 10a Způsoby reorientace pacienta**



Z celkového počtu 82 sester, by 71 osob informovalo pacienta o jeho osobě, místě a času. 35 sester by k navození reorientace použilo hodiny a kalendář. 17 sester by pacientovi pustilo rádio a 15 sester televizi. 12 sester by neorientovalo pacienta nijak. 4 sestry označily položku jiné, kde 2 sestry uvedly ticho a klid, 1 sestra opakování informací a 1 sestra individuální přístup dle stavu a projevů pacienta.

**Graf 10b Způsoby reorientace pacienta (členění odpovědí dle vzdělání sester)**

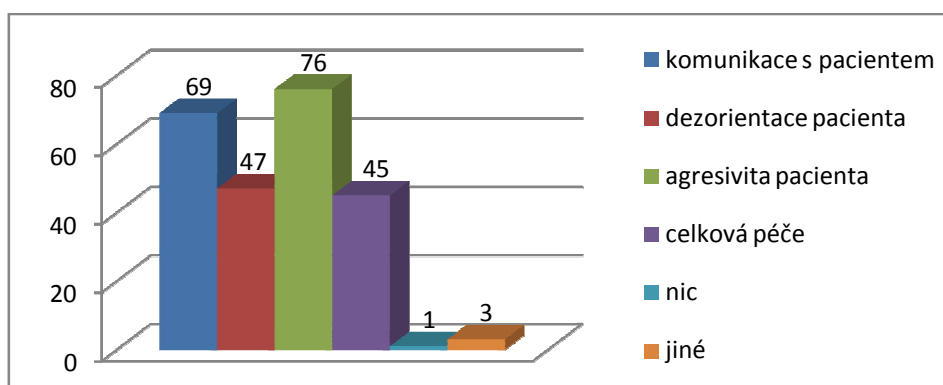


Tento graf navazuje na předešlé grafy 10a a 10b. Za správné odpovědi byly považovány varianty reorientace hodinami a kalendářem, informování pacienta o jeho osobě, místě, času i odpovědi v položce jiné, tedy opakování informací, individuální přístup dle stavu a projevů nemocného a ticho, klid.

Správné odpovědi byly u 13 (100 %) vysokoškolsky vzdělaných sester zvoleny v 17 (73,9 %) případech a špatné odpovědi v 6 (26,1 %) případech. 8 (34,8 %) sester označilo variantu hodinami a kalendářem a variantu informování pacienta o jeho osobě, místě, času rovněž v 8 (34,8 %) případech. 3 (13,0 %) sestry označily zapnutí televize a 2 (8,7 %) sestry poslech rádia. 2 (8,7 %) sestry ve variantě jiné uvedly individuální přístup dle stavu a projevů pacienta a také čtení časopisu a novin. Varianta nijak, nebyla označena.

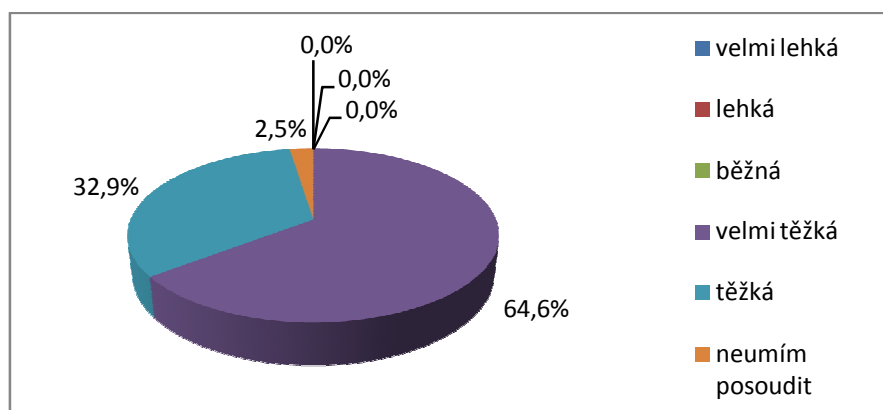
Od 69 (100 %) sester s ostatními typy vzdělání, bylo označeno 93 (70,5 %) správných odpovědí a 39 (29,5 %) špatných odpovědí. V 63 (47,7 %) případech sestry označily položku informováním pacienta o jeho osobě, místě, času. 27 (20,5 %) sester označilo použití hodin a kalendáře a 15 (11,4 %) sester poslech rádia. Ve 12 (9,1 %) případech sestry označily jako reorientační opatření zapnutí televize a také 12 (9,1 %) sester variantu nijak. Položku jiné označily 3 (2,3 %) sestry, které uvedly jedenkrát opakování informací a dvakrát ticho a klid.

**Graf 11 Náročnost ošetrovatelské péče**



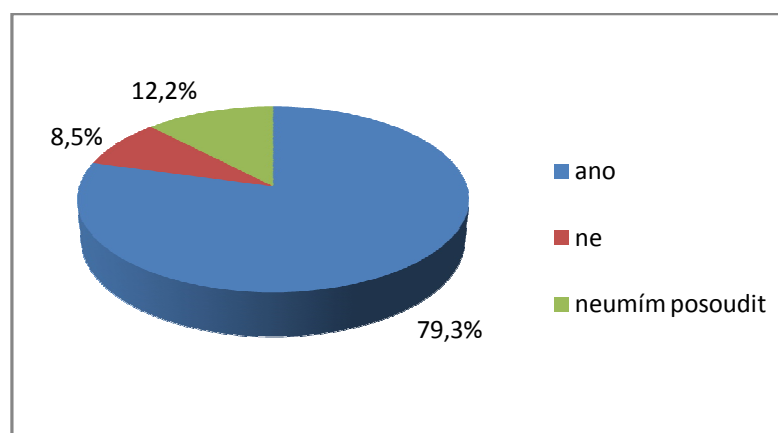
76 sester zvolilo agresivitu pacienta, 69 sester komunikaci s pacientem, 47 sester dezorientaci pacienta a 45 sester celkovou péči. 3 sestry zvolily variantu jiné a 1 sestra zapsala, že náročné při péči není nic. Ve variantě jiné, 1 sestra napsala spolupráci s pacientem a 2 sestry se dosud s delirantním pacientem neselekaly.

**Graf 12 Hodnocení ošetrovatelské péče**



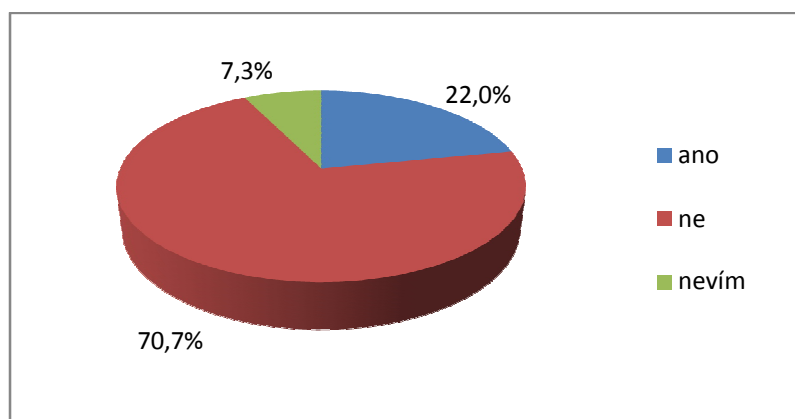
Z celkového počtu 82 (100 %) sester, jich 53 (64,6 %) označilo péči o pacienta v delirantním stavu jako velmi těžkou a 27 (32,9 %) jako těžkou. 2 (2,5 %) sestry neuměly péči posoudit a žádná sestra neuvedla možnosti velmi lehkou, lehkou a běžnou.

**Graf 13 Vyčerpanost sester při ošetřování delirantního pacienta**



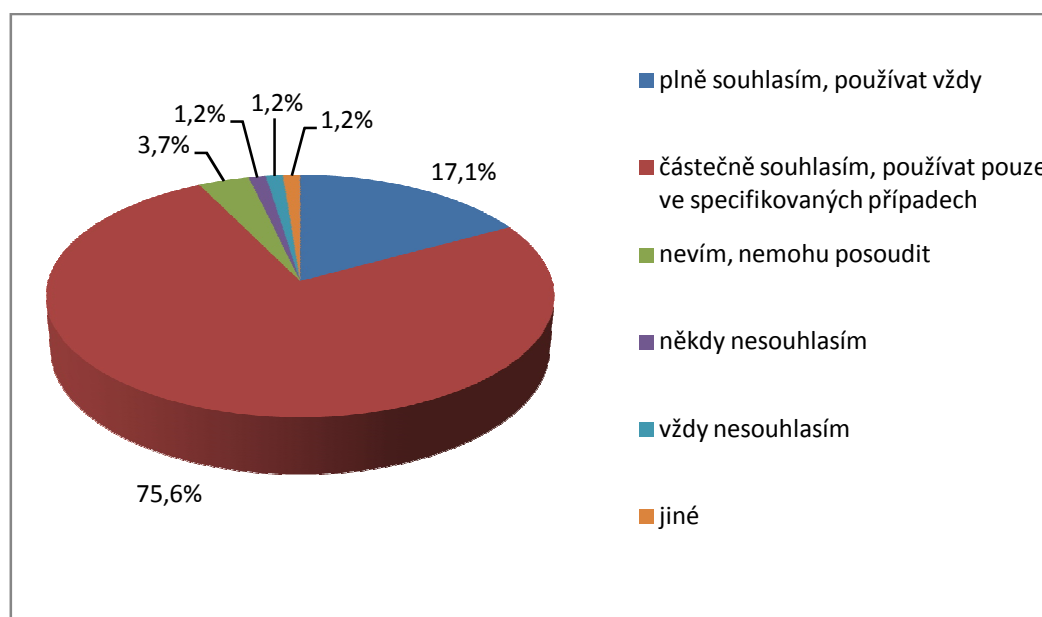
65 (79,3 %) sester se cítí více vyčerpano při ošetřování pacienta v delirantním stavu, než u pacienta s jiným onemocněním. Variantu neumím posoudit, označilo 10 (12,2 %) sester a 7 (8,5 %) sester uvádí, že se necítí více vyčerpaný.

**Graf 14 Využití bazální stimulace**



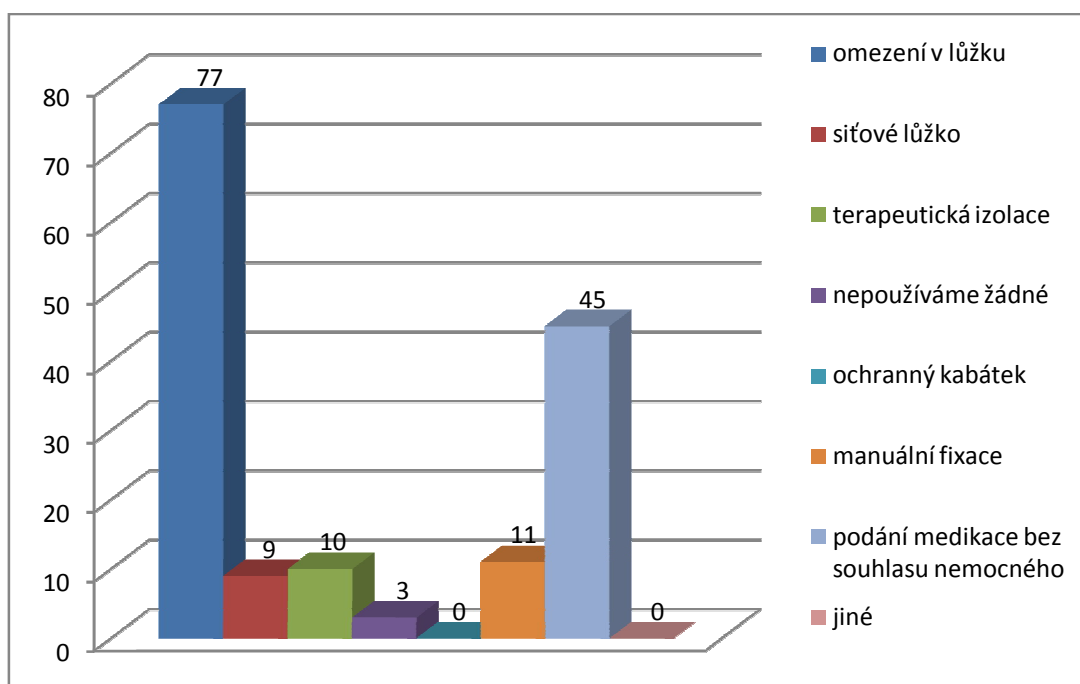
58 (70,7 %) sester s konceptem bazální stimulace nepracuje. 18 (22,0 %) sester s konceptem pracuje a 6 (7,3 %) sester neví o tom, zda se na jejich oddělení koncept bazální stimulace používá.

**Graf 15 Používání omezovacích prostředků u delirantních pacientů**



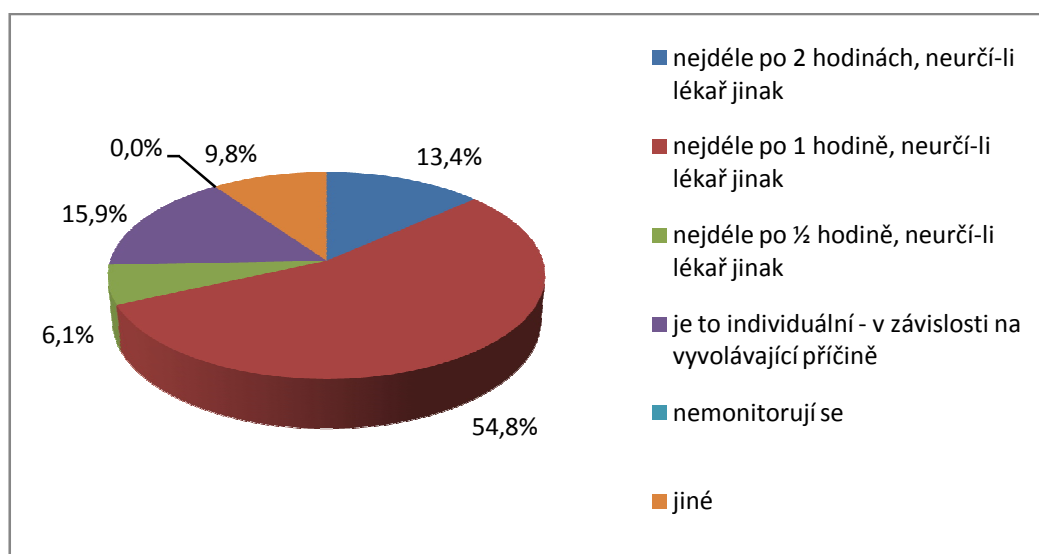
Z celkového počtu 82 (100 %) sester, jich 62 (75,6 %) s používáním omezovacích prostředků částečně souhlasí, ale pouze ve specifikovaných případech. 14 (17,1 %) sester by omezovací prostředky používalo vždy a 3 (3,7 %) sestry označily variantu nevím, nemohu posoudit. 1 (1,2 %) sestra s omezovacími prostředky nesouhlasí někdy a 1 (1,2 %) nesouhlasí vždy. V položce jiné 1 (1,2 %) sestra uvedla, že ve většině případů jsou omezovací prostředky nezbytné.

**Graf 16 Nejčastěji používané typy omezovacích prostředků**



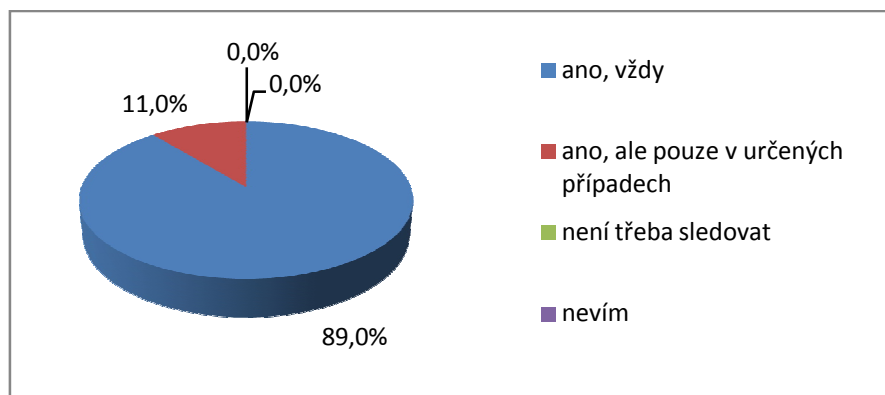
77 sester uvedlo variantu omezení v lůžku. 45 respondentů udalo, že na oddělení využívají metodu podání medikace bez souhlasu nemocného. 11 respondentů uvedlo manuální fixaci a 10 terapeutickou izolaci. V 9 případech byla zaznamenána varianta síťové lůžko a 3 sestry napsaly, že nepoužívají žádné z omezovacích prostředků. Možnosti ochranný kabátek a jiné neoznačil nikdo.

**Graf 17 Monitorace fyziologických funkcí při omezení v lůžku**



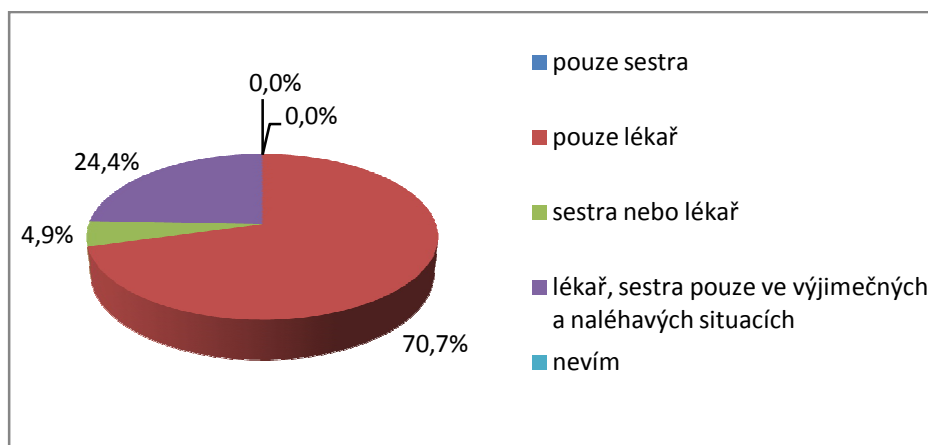
Z celkového počtu 82 (100 %) sester, jich 45 (54,8 %) označilo odpověď nejdéle po 1 hodině, neurčí-li lékař jinak. 13 (15,9 %) sester označilo variantu, že je monitorace individuální, v závislosti na vyvolávající příčině. 11 (13,4 %) respondentů zapsalo monitoraci nejdéle po 2 hodinách, neurčí-li lékař jinak. 8 (9,8 %) sester označilo možnost jiné, kde doplnily, že se fyziologické funkce měří kontinuálně. 5 sester (6,1 %) se domnívá, že se fyziologické funkce měří nejdéle po ½ hodině, neurčí-li lékař jinak. Variantu, že se fyziologické funkce nemonitorují, neuvedl nikdo.

**Graf 18 Sledování pacienta po ukončení omezení v lůžku**



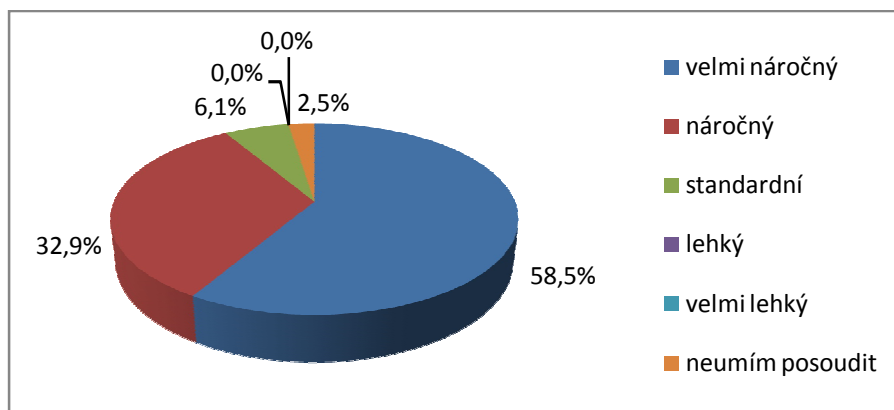
Z celkového počtu 82 (100 %) sester, 73 (89,0 %) sester uvedlo odpověď ano, vždy. 9 (11,0 %) sester uvedlo ano, ale pouze v určených případech. Zbylé položky není třeba sledovat a nevím zaškrtnuty nebyly.

**Graf 19 Kompetence naordinovat omezení v lůžku**



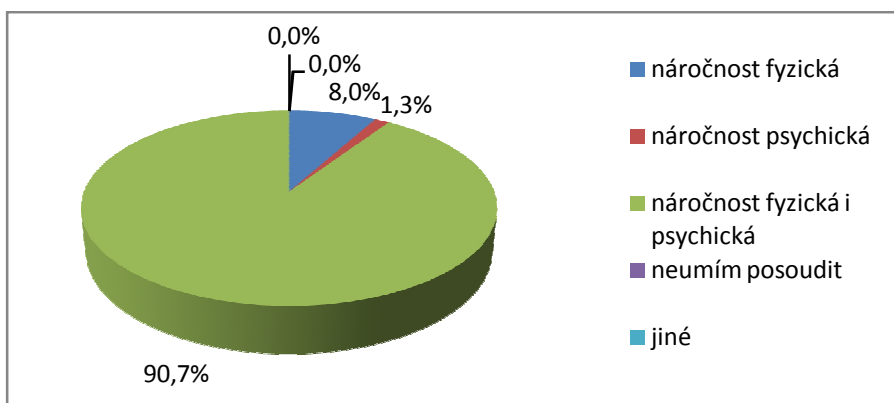
58 (70,7 %) sester označilo odpověď, že kompetentní naordinovat omezení pacienta v lůžku je pouze lékař. 20 (24,4 %) sester uvedlo variantu lékař, sestra pouze ve výjimečných a naléhavých situacích. 4 (4,9 %) sestry označily, že ordinovat omezení v lůžku může lékař nebo sestra. Varianty pouze sestra a nevím označeny nebyly.

**Graf 20 Hodnocení pracovního dne**



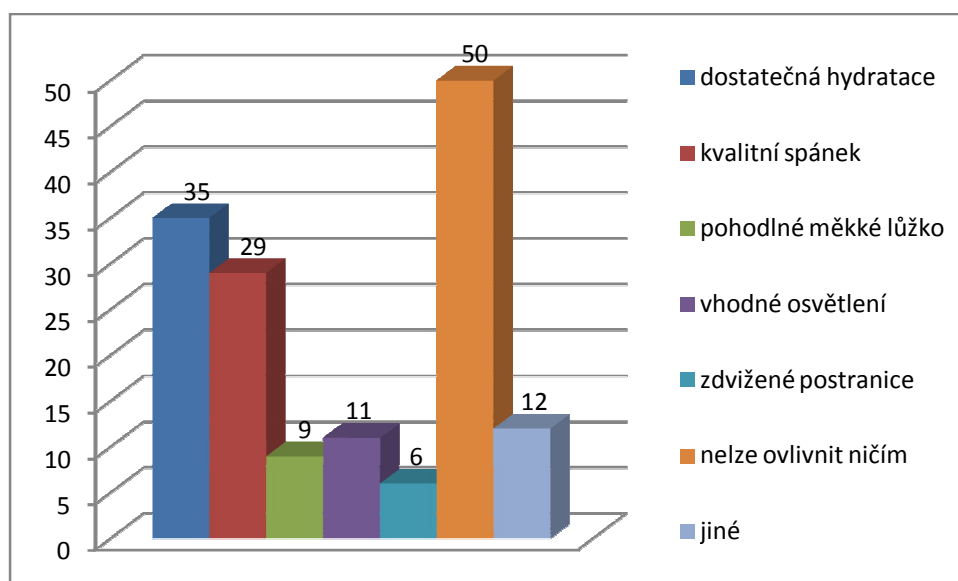
48 (58,5 %) sester hodnotilo pracovní den, jako velmi náročný a 27 (32,9 %) sester jako náročný. Standardním dnem jej označilo 5 (6,1 %) dotázaných sester a 2 (2,5 %) sestry uvedly variantu neumím posoudit. Položky velmi lehký a lehký označeny nebyly.

**Graf 21 Náročnost pracovního dne**



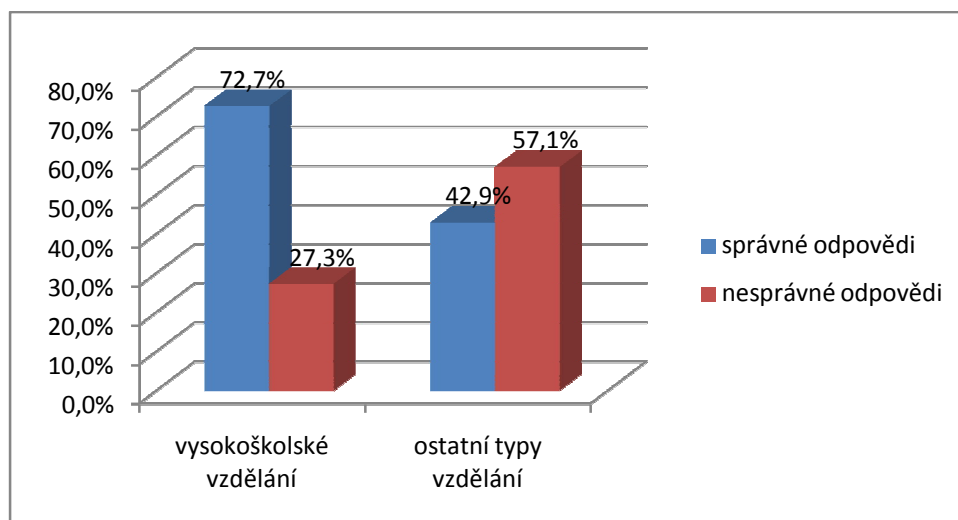
Ze 75 (100 %) respondentů, kteří zbyli po zodpovězení filtrační otázky číslo 20, 68 (90,7 %) sester udalo, že cítí náročnost fyzickou i psychickou. 6 (8,0 %) sester zapsalo náročnost fyzickou a 1 (1,3 %) sestra označila, že cítí náročnost psychickou. Varianty neumím posoudit a jiné neuvedl nikdo.

**Graf 22a Preventivní opatření vzniku delirantních stavů**



50 sester se domnívá, že preventivně vznik delirantních stavů nelze ovlivnit ničím. 35 sester označilo jako preventivní opatření dostatečnou hydrataci a 29 sester kvalitní spánek. 11 sester označilo odpověď vhodné osvětlení a 9 pohodlné měkké lůžko. V 6 případech se sestry domnívají, že preventivně působí zdvižené postranice. Variantu jiné, označilo 12 sester, které zapsaly včasné podat medikaci.

**Graf 22b Preventivní opatření vzniku delirantních stavů  
(členění odpovědí dle vzdělání sester)**

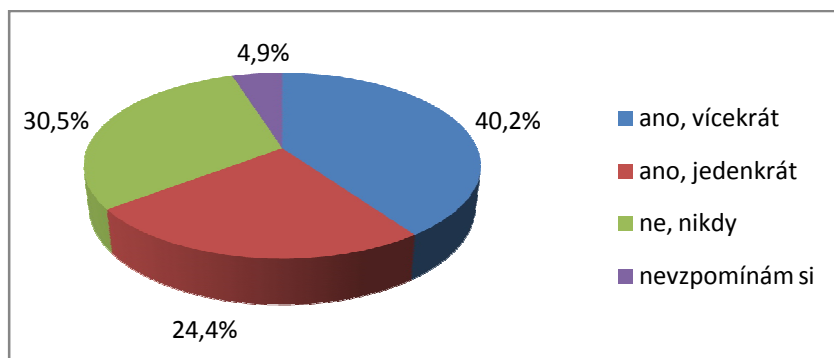


Tento graf navazuje na graf 22a. Za správné odpovědi byly považovány dostatečná hydratace, kvalitní spánek a vhodné osvětlení.

Vysokoškolsky vzdělané sestry označily správné odpovědi ve 24 (72,7 %) případech a nesprávné odpovědi v 9 (27,3 %) případech. Ze 13 (100 %) sester byla v 10 (30,3 %) případech označena varianta dostatečná hydratace, v 7 (21,2 %) případech varianta kvalitní spánek a také v 7 (21,2 %) případech varianta vhodné osvětlení. 6 (18,2 %) vysokoškolsky vzdělaných sester se domnívá, že vznik delirantních stavů nelze preventivně ovlivnit ničím a 2 (6,1 %) sestry v položce jiné napsaly včasné podání medikace. 1 (3,0 %) sestra označila pohodlné měkké lůžko a variantu zdvižené postranice neuvedl nikdo.

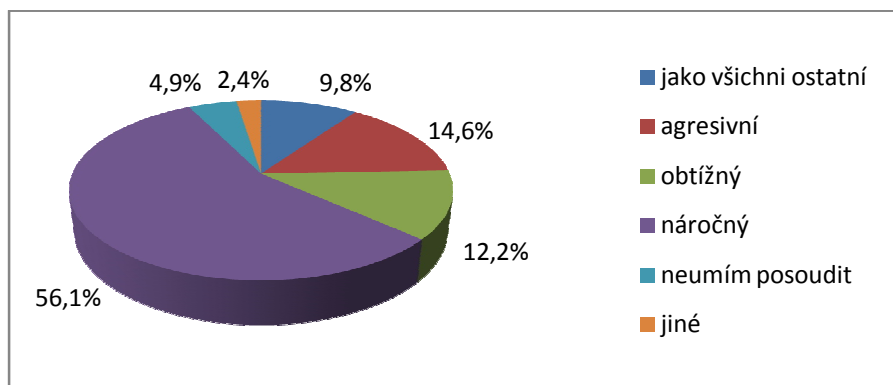
Sestry s ostatními typy vzdělání správné odpovědi označily v 51 (42,9 %) případech a nesprávné odpovědi v 68 (57,1 %) případech. Ze 69 (100 %) sester, jichž 44 (37,0 %) uvedlo, že preventivně deliria nelze ovlivnit ničím. 25 (21,0 %) sester označilo dostatečnou hydrataci a 22 (18,5 %) sester kvalitní spánek. 10 (8,4 %) sester v položce jiné napsalo včasné podání medikace. 8 (6,7 %) sester by preventivně delirantním stavům předcházelo pohodlným měkkým lůžkem, 6 (5,0 %) sester zdviženými postranicemi a 4 (3,4 %) sestry označily vhodné osvětlení.

**Graf 23 Napadení sester delirantním pacientem**



Z celkového počtu 82 (100 %) respondentů, jich 33 (40,2 %) uvedlo, že bylo vícekrát napadeno delirantním pacientem. 25 (30,5 %) sester nebylo napadeno nikdy a 20 (24,4 %) jedenkrát. 4 (4,9 %) sestry si na napadení delirantního pacienta nevzpomínají.

**Graf 24 Hodnocení delirantního pacienta**



46 (56,1 %) sester označuje pacienta jako náročného. 12 (14,6 %) respondentů jej označilo jako agresivního a 10 (12,2 %) jako obtížného. 8 (9,8 %) sester vnímá delirantního pacienta stejně jako všechny ostatní a 4 (4,9 %) sestry uvedly, že neumí tuto otázku posoudit. Variantu jiné označily 2 (2,4 %) sestry, kde první sestra uvedla, že pacienta vnímá jako nevyzpytatelného a druhá jako zrádného.

## 5. Diskuse

Cílem této bakalářské práce bylo zjistit náročnost ošetrovatelské péče u pacientů v delirantním stavu na jednotce intenzivní péče. V odborných lékařských publikacích či časopisech se můžeme dočíst, že delirantní stavy představují závažnou problematiku medicíny. Nicméně otázka delirií z pohledu sestry, již tak často zmiňována není. Proto jsme se chtěli tímto tématem zabývat a více poukázat na náročnost ošetrovatelské péče u delirantního pacienta.

Nejvíce zastoupeným vzděláním respondentů bylo v 39,0 % úplné střední odborné, ukončené maturitou. Oproti tomu nejméně častým bylo vysokoškolské magisterské studium, zastoupeno 4,9 % sester. Největší podíl dotázaných sester, 40,2 %, pracuje ve zdravotnictví 5 a méně let. Nejvíce respondentů bylo ve věku mezi 21 až 25 lety, jedná se o 36,6 %.

Prvním cílem této bakalářské práce bylo zjistit náročnost ošetrovatelské péče sester u pacientů v delirantním stavu na jednotce intenzivní péče. K tomuto cíli byla stanovena i hypotéza, která předpokládala, že sestry pečující o pacienty v delirantním stavu, se cítí vyčerpaně. K hypotéze byly směřovány otázky číslo 6, 11, 12, 13, 20, 21 a 24. Z výsledků otázky 6 vyplynulo, že výskyt delirantních stavů na zkoumaných odděleních skutečně není ojedinělým jevem. 29,3 % respondentů uvedlo výskyt delirantních pacientů 1 – 2 × za měsíc. 23,2 % sester v dotazníku označilo setkání s delirantním pacientem 1 – 2 × za týden. 19,6 % sester se s těmito pacienty setkává 1 – 2 × za půl roku a 14,6 % sester denně. Také Plevová (25) ve svém článku uvádí častý výskyt delirantního syndromu na jednotkách intenzivní péče. Dle jejích údajů, se jedná až o 50 % všech pacientů hospitalizovaných na jednotkách intenzivní péče. Z hlediska lékaře psychiatra popisuje Jiráček (15) deliria jako příčinu psychiatrického konzilia na somatických odděleních ve 46,8 % sledovaných případů. Domníváme se, že mnohdy nemusí být delirium rozpoznáno, pacientovo nepřiměřené chování si personál vysvětluje jako schválnost a z toho vyplývá neposkytnutí odpovídající ošetrovatelské péče a léčby, které jsou velmi potřebné. Otázkou 11 jsme chtěly zjistit, co hodnotí sestry jako náročné při péči o delirantní pacienty. Zde mohly sestry označit více odpovědí.

Nejčastěji byla volena agresivita pacienta, a to 76 sestrami. Další velmi často označovanou položkou byla komunikace s pacientem, kterou sestry označily v 69 případech. Velmi vyrovnaně byly sestrami označeny dezorientace pacienta a celková péče o pacienta. Dezorientaci vnímá jako náročnou 47 sester a celkovou péči o pacienta 45 sester. Tyto výsledky jsou ve shodě s údaji Venglářové (34), která jako nesmírně náročné v péči u osob s poruchou chování na podkladě organických poruch, uvádí například nemožnost domluvy na spolupráci, agresivitu pacientů vůči personálu či stálé opakování dotazů. Také ve výsledcích otázky 24, kde měli respondenti z nabízených možností ohodnotit delirantního klienta, druhá nejčastější odpověď (14,6 %) zněla agresivní. O tom, že se delirantní pacient skutečně mnohdy chová agresivně, svědčí odpovědi respondentů na otázku 23, kde 40,2 % sester uvedlo opakované fyzické napadení delirantním pacientem a 24,4 % sester bylo napadeno jedenkrát za svoji praxi. Zde shledáváme jeden z problémů péče o delirantní pacienty. Domníváme se totiž, že se sestry zatím neumějí efektivně vyrovnávat s agresivitou pacienta a mohou tyto útoky vnímat jako namířené proti jejich vlastní osobě. Při současné situaci nedostatku sester v nemocničních zařízeních, to může být jeden z mnoha faktorů, který působí na psychiku sester. A ten, kdo se opakovaně setkal s delirantními pacienty, jistě ví, že zvládnout bezchybnou ošetrovatelskou péči o delirantního pacienta, si žádá širokou škálu vědomostí, dovedností, zkušeností a mnohdy i fyzické zdatnosti. V otázce 12 měly sestry zhodnotit péči o delirantního pacienta v plně rozvinutém stádiu. 64,6 % dotázaných tuto péči ohodnotilo jako velmi těžkou a 32,9 % jako těžkou. Podobné výsledky jsme získaly také v otázce 20, kde sestry měly zhodnotit pracovní den, pokud se starají o delirantního pacienta. 58,5 % sester den označilo jako velmi náročný, 32,9 % jako náročný a pouze 6,1 % sester vnímá pracovní den jako standardní. Ty sestry, které označily varianty velmi náročný nebo náročný, v další otázce hodnotily, o jakou náročnost se jedná. 90,7 % sester vnímá náročnost fyzickou i psychickou a 8,0 % sester cítí náročnost pouze fyzickou. Venglářová (34) ovšem ve své publikaci uvádí, že fyzická zátěž při péči o pacienty s poruchou chování na organickém podkladě, bývá dotazovanými pracovníky řazena až na druhé místo. Primárně označují jako obtížnou zátěž psychickou. V tomto se tedy naše výsledky s autorkou neshodují.

Domníváme se, že tato odchylka může souviset se složením našeho výzkumného souboru. Ten obsahoval 97,6 % žen, které pravděpodobně vnímají fyzickou stránku ošetrovatelské péče o delirující pacienty náročněji než muži. Otázka 13 dále zjišťovala, zda se sestry cítí více vyčerpaný při ošetřování delirantního pacienta, než u pacienta s jiným onemocněním. 79,3 % sester nám podle očekávání odpovědělo, že se cítí více vyčerpaný. Pouze 8,5 % dotázaných se necítí při ošetřování delirantního pacienta více vyčerpaný. Po sumarizaci všech výše uvedených výsledků, je tedy patrné, že hypotéza 1 byla potvrzena.

Druhým cílem bakalářské práce bylo zhodnotit u sester úroveň znalostí o specifické ošetrovatelské péči u pacientů v delirantním stavu. K tomuto cíli jsme zvolili hypotézu, předpokládající, že vyšší úroveň znalostí mají vysokoškolsky vzdělané sestry. K hypotéze se v dotazníku vztahovaly otázky 7, 8, 10, 22. Z důvodu potvrzení či vyvrácení hypotézy, jsme u těchto otázek odpovědi sester ještě rozčlenili do dvou skupin, dle vzdělání sester. Jedná se o skupinu sester s vysokoškolským vzděláním a skupinu sester s ostatními typy vzdělání. Otázka 7 měla zjistit, zda sestry umí zařadit delirium podle typu poruchy vědomí. Vysokoškolsky vzdělané sestry odpověděly ve 100 % správně a uvedly tedy, že delirium patří do kvalitativních poruch vědomí. Sestry s ostatními typy vzdělání označily správnou odpověď v 79,7 %. V otázce 8 měly sestry určit příznaky deliria. Höschl, Libiger a Švestka (12) v publikaci uvádějí, že typicky u delirií dochází ke kvalitativním poruchám vědomí v různé intenzitě. Kromě nich jsou ještě přítomny poruchy pozornosti, vnímání, myšlení, paměti, emotivity, narušení cyklu spánek-bdění, a to v různé míře. Toto vše následně vyústí v poruchy chování. Z údajů tedy jasně vyplývá, že správná odpověď na otázku 8, byla proměnlivá intenzita příznaků (například porucha vědomí, pozornosti, psychomotoriky, změna cyklu spánek bdění). Správně odpovědělo 92,3 % sester vysokoškolsky vzdělaných a 85,5 % sester s ostatními typy vzdělání. 14,5 % sester s ostatními typy vzdělání se domnívalo, že typickými příznaky deliria jsou poruchy nálady. Je možné, že tyto sestry neznají klinické projevy delirantních stavů a změnu chování pacienta si vysvětlují jako poruchu nálady. Otázka 10 se vztahovala k činnostem podporujícím znovunabytí orientace pacienta. Praško (27) k tomuto tématu uvádí: „Nemocného informujeme

o čase (nástěnné hodiny s arabskými číslicemi, kalendář, vývěsky s denním režimem), místě (jednoduché tabulky k označení WC, koupelny apod.), situaci.“ Také Poledníková (26) ve své publikaci píše, že je žádoucí odstranit nadbytečné stimuly a rozptylující předměty, které pacienta rozrušují a mohou být součástí obsahu bludů a halucinací. Tímto způsobem může působit například televize nebo obrazy na stěnách. Z těchto poznatků tedy vyplývají správné odpovědi na otázku 10, a to informovat pacienta o jeho osobě, místě a času a také reorientaci provádět hodinami a kalendářem. Potěšující ovšem je, že do kolonky jiné, 4 sestry vepsaly další správné činnosti k reorientaci delirantního pacienta. Jedná se o opakování informací pacientovi, zajištění ticha a klidu a individuální přístup dle stavu a projevů pacienta. Z našich výsledků vyplynulo, že správné odpovědi byly zodpovězeny vysokoškolsky vzdělanými sestrami v 73,9 % a u sester s ostatními typy vzdělání v 70,5 %, kde vidíme těsné výsledky. Z našeho pohledu je alarmující, že některé sestry by k reorientaci použily televizi a rádio, které mohou být přímo vyvolávajícími faktory deliria. Zarážející je, že se objevily i odpovědi neprovádět reorientaci nijak. Řekli bychom, že tato otázka odhalila u sester nedostatečnou znalost specifické péče o delirantní pacienty. Poslední otázkou vztahující se k hypotéze 3, byla otázka 22. Jejím prostřednictvím jsme se tázali sester, která preventivní opatření jsou důležitá v předcházení vzniku delirantních stavů. Respondenti zde mohli uvést více odpovědí. Kovandová (20) i Topinková (31) uvádějí téměř identický výčet preventivních opatření proti vzniku delirantních stavů. Z pohledu sestry je například důležité nezapomínat na vhodnou komunikaci s pacientem, zajistit podmínky pro dostatečný a kvalitní spánek či zajistit bezpečné a nepřiliš hyperstimulující prostředí. Jiráček (15) ve svém článku k tomuto také uvádí, že úplná separace pacienta v samostatné místnosti může zhoršit průběh delirií nebo vést k jejich vzniku. Autorky dále zmiňují jako důležité preventivní opatření optimalizaci příjmu potravy a výživy, zajištění aktivní hydratace a sledování příjmu tekutin i vyprazdňování. Z dalších opatření ještě jmenujme například včasnou mobilizaci a přiměřenou aktivitu. Nepřehlédnutelné je, že Topinková (31) uvádí v preventivních opatřeních i nepoužívání fyzického omezení, jakou jsou kurty či postranice u lůžka, přičemž Jiráček (15) také zmiňuje, že použití omezovacích prostředků může zhoršit průběh delirií nebo vést

k jejich vzniku. V souvislosti s těmito poznatky, byly za správné odpovědi považovány dostatečná hydratace, kvalitní spánek a vhodné osvětlení. 72,7 % vysokoškolsky vzdělaných sester správně označilo tyto varianty. 6,1 % sester s vysokoškolským vzděláním v položce jiné, napsalo včasné podat medikaci. Je zajímavé, že tato odpověď byla uvedena i u 8,4 % sester s ostatními typy vzdělání. Většina sester k tomu ještě uvedla, že se jedná například o Heminevrin. Chval (13) ve svém článku uvádí, že clomethiazol, čili Heminevrin, je méně používaným sedativním lékem při deliriu nealkoholové etiologie. Höschl, Libiger, Švestka (12) zmiňují, že clomethiazol, se někdy používá v samostatné léčbě ke zklidnění nebo jako hypnotikum. Také Franková (6) se zabývá ve svém článku tímto tématem a uvádí, že clomethiazol má vysokou schopnost pro vznik závislosti i po velmi krátké době podávání a také schopnost nepředvídatelného a masivního zesílení účinku při současném užití jiných psychofarmak. Zde jsou tedy jasné důkazy, proč zmiňovaná odpověď sester, nemůže být uznána za pravdivou. Ani jeden autor nezmiňuje podávání Heminevrinu jako preventivního opatření, ba naopak podání Heminevrinu u delirantních pacientů uvádějí až na posledních místech. Pokud vyhodnotíme odpovědi sester s ostatními typy vzdělání, správné odpovědi na otázku 22 uvedly ve 42,9 %. Velmi znepokojující je, že 37,0 % sester s ostatními typy vzdělání se domnívá, že delirantním stavům nelze předcházet ničím. Myslíme si, že by sestry byly překvapeny, jaké množství intervencí lze zařadit do protidelirantních opatření. Zřejmě je pravděpodobné, že mnohdy zabránit rozvoji delirantních stavů skutečně nelze, ale domníváme se, že stejně tak existují případy, kdy kvalitně prováděnou ošetrovatelskou péčí mohou sestry delirium odvrátit. Po sumarizaci těchto výsledků můžeme říci, že sestry mají určité znalosti o delirantních stavech. Zajisté by jim však prospělo komplexnější seznámení nejen s ošetrovatelskou péčí o pacienty s tímto onemocněním, ale i představení deliria jako psychiatrického syndromu, s uvedením klinických projevů, etiologie, patogeneze, diagnostiky, diferenciální diagnostiky i léčby. Z výsledků také vyplývá, že hypotéza předpokládající vyšší úroveň znalostí u vysokoškolsky vzdělaných sester byla potvrzena.

Další část výzkumného šetření jsme zaměřili na omezovací prostředky. Předpokládali jsme, že v praxi jsou u delirantních pacientů často používány. Za cíl jsme

si stanovili zjistit, zda sestry používají omezovací prostředky dle ošetrovatelského standardu Nemocnice České Budějovice, a.s. Jedná se o standard ošetrovatelské péče číslo 37 Omezení pacienta v lůžku. O faktu, že omezení v lůžku je skutečně nejvyužívanějším restriktivním opatřením na zkoumaných jednotkách intenzivní péče v Nemocnici České Budějovice a.s., jsme se přesvědčili při vyhodnocení otázky 16. Sester jsme se dotazovali, které typy omezovacích prostředků používají na ošetrovací jednotce. Jednoznačně nejčastěji bylo sestrami voleno právě omezení v lůžku, a to v 77 případech. Druhé velmi frekventované, je podání medikace bez souhlasu nemocného, které uvedlo 45 sester. K výše uvedenému cíli byla stanovena i hypotéza, předpokládající, že sestry používají omezovací prostředky dle ošetrovatelského standardu. V dotazníku se k této hypotéze vztahovaly otázky 17, 18 a 19. Ve standardu ošetrovatelské péče číslo 37 Nemocnice České Budějovice, a.s. se například dočteme, že v průběhu omezení pacienta v lůžku je mu krevní tlak a puls měřen po jedné hodině, neurčí-li lékař jinak. V otázce 17 tuto správnou odpověď zvolilo 54,8 % dotázaných sester. Překvapující pro nás byly odpovědi 15,9 % sester domnívajících se, že monitorace je u každého pacienta individuální v závislosti na vyvolávající příčině. 13,4 % sester dokonce uvedlo, že se fyziologické funkce při omezení pacienta v lůžku nemonitorují vůbec. Domníváme se, že zastoupení správných odpovědí 54,8 % není příliš uspokojivý výsledek. Pokládáme si tedy otázku, zda skutečně sestry neznají znění standardu ošetrovatelské péče a i při omezení pacienta v lůžku postupují nesprávně? Odpověď bychom zřejmě získaly pouze provedením auditu zaměřeného na standard ošetrovatelské péče číslo 37 Omezení pacienta v lůžku. Výsledky otázky 18 nás potěšily, jelikož 89,0 % sester odpovědělo správně na dotaz, zda je potřeba sledovat pacienta i po ukončení omezení v lůžku. Dle jmenovaného standardu ošetrovatelské péče, má být pacient zvýšeně sledován po dobu 6 hodin i po ukončení omezení v lůžku. Také autorky Marková, Venglářová, Babiaková (22) ve své publikaci uvádějí: „Po ukončení omezení v lůžku je vhodné pacienta i nadále zvýšeně sledovat, aby mohla sestra reagovat na eventuální komplikace psychického či somatického charakteru plynoucí z předchozího omezení, respektive posílit terapeutický vztah s pacientem.“ Poslední otázka ověřující znalosti sester ohledně omezovacích prostředků, byla otázka

19. Úspěšně ji zodpovědělo pouze 24,4 % sester, které správně označily, že naordinovat omezení v lůžku je kompetentní lékař a sestra pouze ve výjimečných a naléhavých situacích. Ve standardu ošetrovatelské péče číslo 37 je ukotveno: „Jen ve zcela výjimečných a naléhavých situacích vyžadujících neodkladné řešení, může být pacient omezen bez předchozí ordinace lékaře. Lékař však musí být v těchto případech neprodleně informován, aby mohl v co nejkratším termínu potvrdit omezení v lůžku nebo navrhnout jiný postup.“ Domníváme se, že buď se sestry nechaly zmást, nebo si pořádně nepřčetly varianty odpovědí. Rovněž je možné, že sestry ani neví o alternativě nasazení omezení v lůžku sestrou a jejich znalosti standardu jsou tedy nedostatečné. Z výsledků vyplynulo, že hypotéza 2 byla potvrzena. Domníváme se však, že znalosti tohoto standardu nejsou zcela optimální a bylo by potřebné dohlédnout na doplnění chybějících vědomostí. V souvislosti s omezovacími prostředky nás zajímal i názor sester na používání omezovacích prostředků u delirantních pacientů. 75,6 % sester souhlasí s využitím omezovacích prostředků u delirantních pacientů částečně, pouze ve specifikovaných případech. 17,1 % sester se přiklání k použití omezovacích prostředků u delirantních pacientů vždy a s použitím omezovacích prostředků nesouhlasilo pouze 1,2 % sester. Rovněž 1,2 % sester dokonce uvedlo, že omezovací prostředky jsou u delirantních pacientů opatřením nezbytným. Šimek, Venglářová, Tošnerová (30) dospěli ve svém výzkumu k výsledkům následujícím: „Nejvíce sester (128, tj. 66,3 %) vyjadřovalo souhlas s použitím omezovacích prostředků v některých případech, 49 (25,4 %) sester souhlasilo s použitím omezovacích prostředků, aniž by specifikovaly situace, kdy je vhodné je použít, 15 (7,8 %) sester bylo proti jakémukoliv jejich použití.“ Při srovnání výsledků obou výzkumných šetření, lze najít určitou podobnost dat. Z obou výzkumných souborů většina sester nesouhlasila s paušálním používáním omezovacích prostředků u delirantních pacientů, což vnímáme velmi pozitivně. Překvapující zjištění pro nás bylo, že používání omezovacích prostředků u všech delirantních pacientů, označily v našem výzkumném šetření nejčastěji sestry, které jsou v praxi 5 a méně let.

V dotazníku jsme se také tázali sester, zda zapojují do péče o delirantní pacienty i rodinné příslušníky. Jak píše Praško (27) ve svém článku, dle možností je vhodné

příbuzné do péče zapojit. I samotné návštěvy rodinných příslušníků jsou pro delirantního pacienta důležité, jelikož jsou to lidé, které dlouho zná a mohou být pro něj ostrůvky klidu a orientace. V našem šetření jsme se setkali se 75,6 % sester, které rodinu pacienta do péče zapojují pouze někdy. 12,2 % zapojuje rodinu do péče vždy a shodně 12,2 % sester nezapojuje rodinu do péče nikdy. Zastáváme názor, že pokud to provozní situace oddělení dovolí, mělo by být rodinným příslušníkům umožněno zapojit se do péče o delirantního pacienta. K tomuto tématu se objevily odpovědi i v otevřené otázce 25, kde si 2 sestry přály, aby se v rámci jejich oddělení rodinní příslušníci podíleli na ošetrovatelské péči.

Otázkou 14 jsme chtěli zmapovat, zda se na jednotkách intenzivní péče v Nemocnici České Budějovice, a.s. využívá koncept bazální stimulace. Jak uvádí Friedlová (7), koncept se uplatňuje především v péči o postižené děti, klienty v komatózních stavech z jakýchkoli příčin, klienty dlouhodobě upoutané na lůžko, klienty neklidné, dezorientované, klienty v intenzivní péči, geriatrické klienty. Sama jsem na bývalém pracovišti měla možnost s konceptem pracovat a absolvovala jsem i kurz bazální stimulace. Vyzkoušela jsem si, že u delirantních pacientů je jeho použití na místě a skutečně se žádoucí výsledek může dostavit, je-li péče vhodně prováděna. V našem šetření ovšem 70,7 % sester uvedlo, že na jejich oddělení s bazální stimulací nepracují. Dokonce 7,3 % sester neví, zda se na jejich oddělení bazální stimulace provádí. Domníváme se, že by bylo vhodné sestrám tento koncept více přiblížit.

Na konec dotazníku jsme umístili otevřenou otázku, kde sestry mohly uvést jakoukoliv připomínku či poznámku související s péčí o delirantní pacienty. Také zde bylo možné napsat návrh na opatření usnadňující péči o tyto pacienty. Možnosti odpovědět využilo pouze 18 sester. Nejčastěji by sestry uvítaly zvýšení počtu personálu na oddělení. To uvedlo 6 sester a 3 sestry k tomuto ještě dodaly, že by bylo dobré vyčlenit jednu sestru ve směně pouze pro delirantního pacienta. Problémy v komunikaci a spolupráci s lékařem nastínilo 5 sester. Jedna zde dokonce rozepsala, že lékaři často udílejí ordinace z lékařského pokoje, aniž vidí pacienta. Rovněž 5 sester si myslí, že delirantní pacient by měl být přeložen na psychiatrii. 3 sestry by uvítaly, aby mohly samy ordinovat omezení v lůžku, a 2 sestry si přály, aby nebyla rušena síťová lůžka.

2 sestry by viděly jako vhodné opatření izolaci pacienta od ostatních pacientů. Uvedly, že delirantní pacient špatně působí na ostatní pacienty. Velmi zoufale na nás zapůsobilo sdělení sestry, která do výčtu problémů a návrhů praktických opatření napsala, že na tamějším oddělení chybí dostatek sanitářů na zvládnutí agresivního pacienta a sestry jsou ohroženy. Nutno říci, že tato sestra je v denním kontaktu s delirantními pacienty.

Během výzkumného šetření jsme se nesetkali se žádnými problémy. Naopak mě na některých odděleních překvapil zájem sester o výzkumné šetření. Na dvou odděleních mi sestry oznámily, že dotazníky vyplní, protože jsem letos první, kdo je přinesl. Vypozorovala jsem, že větší návratnost dotazníků byla, když je na oddělení roznesla vrchní sestra nebo staniční sestra, než když jsem sestry požádala o vyplnění dotazníků sama.

Potěšilo by nás, kdyby se tímto tématem začali zabývat další lidé a provedli by výzkumy mapující stav náročnosti péče o delirantní pacienty v rámci celé České republiky.

## 6. Závěr

Tato bakalářská práce se zabývá náročností ošetrovatelské péče u pacientů v delirantním stavu na jednotce intenzivní péče. Pro zpracování byly stanoveny 3 cíle. První cíl měl za úkol posoudit náročnost ošetrovatelské péče u pacientů v delirantním stavu z pohledu sester na jednotkách intenzivní péče Nemocnice České Budějovice, a.s. Dalším cílem jsme chtěli zhodnotit úroveň znalostí specifické ošetrovatelské péče o pacienty v delirantním stavu u sester na jednotkách intenzivní péče Nemocnice České Budějovice, a.s. Poslední cíl měl zjistit, zda sestry znají zásady využití omezujících prostředků, dle standardu ošetrovatelské péče Nemocnice České Budějovice, a.s. K cílům se vztahovaly všechny 3 hypotézy. První hypotéza předpokládala, že sestry pečující o pacienty v delirantním stavu se cítí vyčerpaně. Hypotéza 1 byla potvrzena. Druhá hypotéza ve znění: „Sestry používají omezovací prostředky v péči o delirantní pacienty dle standardu ošetrovatelské péče.“, byla rovněž potvrzena. I třetí hypotézu, předpokládající, že vysokoškolsky vzdělané sestry mají vyšší úroveň znalostí o delirantních stavech než sestry s nižším stupněm vzdělání, se podařilo potvrdit. Domníváme se tedy, že cíle naší práce byly splněny. Prokázalo se, že sestry hodnotí ošetrovatelskou péči o delirantního pacienta jako velmi náročnou. Byly zjištěny nedostatečné znalosti o specifické ošetrovatelské péči u delirantního pacienta, a to zejména u preventivních opatření vzniku delirií, u sester s jiným než vysokoškolským vzděláním. Sestry také neovládají dokonale obsah standardu ošetrovatelské péče číslo 37 Omezení pacienta v lůžku Nemocnice České Budějovice, a.s.

Myslíme si, že tato bakalářská práce může napomoci zviditelnit náročnost ošetrovatelské péče u delirantních pacientů, s čímž souvisí zvýšení zájmu o tuto problematiku na vyšších pozicích. Žádoucí by bylo zajištění dostatečného počtu středního zdravotnického i pomocného zdravotnického personálu na odděleních, kde se delirantní pacienti vyskytují pravidelně. Toto doporučení však přesahuje rámec naší bakalářské práce, jelikož nedostatek sester není problém pouze regionální, nýbrž celostátní. Podle našeho šetření sestry nemají ucelené znalosti o delirantních stavech. Domníváme se, že by bylo potřebné, aby byly komplexně proškoleny o deliriích

a specifických ošetrovateľských intervenciách. Pretože jedineť tehdy, až budú mať sestry znalosti o vhodnom prístupe k delirantným pacientům, môžu si uvědomit, že i prostredníctvom jejich péče lze delirantním stavům předejít nebo urychlit jejich průběh. Jako vhodnou edukaci sester vidíme uspořádání celoústavního semináře. Kromě problematiky delirií by seminář mohl obsahovat i úsek o duševní hygieně či relaxaci zdravotnického personálu. Myslíme si, že mnoho sester neumí svoji profesní zátěž adekvátně zpracovat a následně si problémy přenáší i do oblasti soukromé. Pokud se sestry naučí čelit stresovým vlivům, mohou tak předcházet syndromu vyhoření. Dalším navrhovaným opatřením by bylo provést audit standardu ošetrovateľské péče číslo 37 Omezení pacienta v lůžku, v Nemocnici České Budějovice, a.s. Jako poslední opatření bychom doporučili zlepšit také teoretickou přípravu studentů nelékařských zdravotnických oborů, týkající se specifické ošetrovateľské péče o delirantní pacienty.

## 7. Seznam použitých zdrojů

1. BAŠTECKÝ, J., KÜMPEL, Q., VOJTĚCHOVSKÝ, M. et al. *Gerontopsychiatrie*. Praha: Grada Avicenum, 1994. 320 s. ISBN 80-7169-070-8.
2. BAUDIŠ, Pavel et al. Omezovací prostředky. In *Psychiatrie. Doporučené postupy psychiatrické péče II*. Praha: 2006. s. 152-162. ISBN 80-239-8501-9.
3. Česká asociace sester. *Pracovní postup. Péče o neklidného pacienta/klienta - použití omezovacích prostředků*. [online]. Publikováno 2. 5. 2008 [cit. 2008-09-10]. Dostupné z: [http://www.cnna.cz/docs/tiskoviny/cas\\_pp\\_2008\\_0002.pdf](http://www.cnna.cz/docs/tiskoviny/cas_pp_2008_0002.pdf).
4. FALDYNA, Zdeněk, ZEDKOVÁ, Ivana. Terapie alkoholového odvykacího syndromu. *Psychiatrie pro praxi*. Olomouc: 2006, roč. 7, č. 1, s. 27-28. ISSN 1213-0508.
5. FARKAŠOVÁ, D. et al. *Ošetrovatelství - terorie*. 1. vyd. Martin: Osveta, 2006. 211 s. ISBN 80-8063-227-8.
6. FRANKOVÁ, Vanda. Delirium ve vyšším věku. *Psychiatrie pro praxi*. Olomouc: 2007, roč. 9, č. 2, s. 56-59. ISSN 1213-0508.
7. FRIEDLOVÁ, K. *Bazální stimulace v ošetrovatelské péči. Skriptum pro základní kurz Bazální stimulace*. 4. vyd. Frýdek Místek: Kleinwächter, 2005. 32 s.
8. FRIEDLOVÁ, K. *Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2007. 168 s. ISBN 978-80-247-1314-4.
9. Friedlová, Karolína. *Co je bazální stimulace*. [online]. [cit. 2008-16-09]. Dostupné z: [http://www.bazalni-stimulace.cz/bazalni\\_stimulace.php](http://www.bazalni-stimulace.cz/bazalni_stimulace.php).
10. GUČKOVÁ, Mária. Fyzická zátěž sester. *Sestra*. Praha: 2007, roč. 17, č. 6, s. 21. ISSN 1210-0404.
11. HAŠKOVCOVÁ, H. *Lékařská etika*. 3. vyd. Praha: Galén, 2002. 272 s. ISBN 80-7262-132-7.
12. HÖSCHL, C., LIBIGER, J., ŠVESTKA, J. *Psychiatrie*. 2. vyd. Praha: Tigis, 2002. 883 s. ISBN 80-900130-7-4.

13. CHVAL, Josef. Delirium nealkoholové etiologie na somatickém oddělení. *Interní medicína pro praxi*. Olomouc: 2006, roč. 8, č. 2, s. 82-84. ISSN 1212-7299.
14. CHVAL, Josef. Delirium tremens. *Psychiatrie pro praxi*. Olomouc: 2007, roč. 8, č. 6, s. 254-256. ISSN 1213-0508.
15. JIRÁK, Roman. Deliria – závažný a nedoceněný problém gerontopsychiatrie. *Psychiatrie pro praxi*. Olomouc: 2005, roč. 6, č. 2, s. 72–74. ISSN 1213-0508.
16. JIRÁK, Roman. Duševní poruchy ve stáří. *Psychiatrie pro praxi*. Olomouc: 2004, roč. 5, č. 4, s. 336 – 338. ISSN 1213-0508.
17. JOBÁNKOVÁ, Marta, KVAPILOVÁ, Jarmila. Zdroje psychosociální zátěže v sesterské profesi. *Sestra*. Praha: 2007, roč. 17, č. 7-8, s. 18-19. ISSN 1210-0404.
18. KAPOUNOVÁ, G. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2007. 352 s. ISBN 978-80-247-1830-9.
19. KOŇAŘÍK, Marcel. Delirantní syndrom v intenzivní péči. *Sestra*. Praha: 2004, roč. 14, č. 5, s. 30-31. ISSN 1210-0404.
20. Kovandová, Helena. *Je zmatenost pacienta ošetrovatelským problémem?* [online]. Publikováno 26. 1. 2006 [cit. 2008-05-09]. Dostupné z: <http://www.mpece.com/modules.php?name=News&file=article&sid=58>.
21. KŮSOVÁ, Růžena. Nespolutracující pacient. *Sestra*. Praha: 2004, roč. 14, č. 5, s. 26. ISSN 1210-0404.
22. MARKOVÁ, E., VENGLÁŘOVÁ, M., BABIAKOVÁ, M. et al. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2006. 352 s. ISBN 80-247-1151-6.
23. *Mezinárodní klasifikace nemocí. 10. Revize*. 1. vyd. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky v Praze, 1992. 646 s. Přel. z: Original International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD – 10).
24. MINAŘÍKOVÁ, Petra. Monitorace pacienta. *Sestra*. Praha: 2008, roč. 18, č. 7-8, s. 42-43. ISSN 1210-0404.

25. PLEVOVÁ, Jarmila. Stavby akutní zmatenosti (delirantní syndrom) u starých osob. *Sanguis*. Praha: 2002, roč. 4, č. 20, s. 30. ISSN 1212-6535.
26. POLEDNÍKOVÁ, L'. et al. *Geriatrické a gerontologické ošetrovatel'stvo*. Martin: Osveta, 2006. 216 s. ISBN 80-8063-208-1.
27. Praško, Ján. *Komplexní léčba delirantních stavů*. [online]. Publikováno 2005 [cit. 2008-09-10]. Dostupné z:  
[http://www.tigis.cz/PSYCHIAT/psychsuppl\\_05/Obsah\\_f.htm](http://www.tigis.cz/PSYCHIAT/psychsuppl_05/Obsah_f.htm).
28. ŠAMÁNKOVÁ, M. et al. *Základy ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2006. 353 s. ISBN 80-246-1091-4.
29. ŠIMEK, J., ŠPALEK, V. *Filozofické základy lékařské etiky*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2003. 113 s. ISBN 80-247-0440-4.
30. ŠIMEK, J., VENGLÁŘOVÁ, M., TOŠNEROVÁ, T. Sestry a delirantní stavy u hospitalizovaných nemocných. *Praktický lékař*. Praha: 2007, roč. 87, č. 5, s. 292-293. ISSN 0032-6739.
31. TOPINKOVÁ, E. *Geriatric pro praxi*. 1. vyd. Praha: Galén, 2005. 270 s. ISBN 80-7262-365-6.
32. TOŠNAROVÁ, Hana. Specifika práce na geriatrických a gerontopsychiatrických odděleních. *Florence*. Praha: 2007, roč. 3, č. 6-7, s. 326. ISSN 1801-464x.
33. TRACHTOVÁ, E. et al. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, 2006. 186 s. ISBN 80-7013-324-4.
34. VENGLÁŘOVÁ, M. *Problematické situace v péči o seniory*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2007. 96 s. ISBN 978-247-2170-5.
35. VENGLÁŘOVÁ, Martina. Sestra psycholožka. *Florence*. Praha: 2007, roč. 3, č. 5, s. 212. ISSN 1801-464x.
36. ZMEKOVÁ, Jana. Deliriózní stavy nealkoholové etiologie. *Psychiatrie pro praxi*. Olomouc: 2003, roč. 4, č. 3, s. 108-111. ISSN 1213-0508.

## **8. Klíčová slova**

bazální stimulace

delirantní pacient

delirium

intenzivní péče

monitorace

náročnost ošetrovatelské péče

## **9. Přílohy**

Příloha 1 Dotazník pro sestry

Příloha 2 Maslowova hierarchie potřeb

Příloha 3 Proaktivní geriatrické intervence snižující výskyt deliria během hospitalizace

Příloha 4 Glasgow coma scale

Příloha 5 Biografická anamnéza

Příloha 6 Desatero bazální stimulace

Příloha 7 Standard ošetrovatelské péče číslo 37 Nemocnice České Budějovice, a.s.

## Příloha 1 **Dotazník pro sestry**

Dobrý den, jmenuji se Radka Pojerová. Jsem studentka 3. ročníku bakalářského studia, oboru Všeobecná sestra ZSF JČU. V rámci vypracování mé bakalářské práce, s názvem ***Náročnost ošetrovatelské péče sester u klientů/pacientů v delirantním stavu na jednotce intenzivní péče***, Vás prosím o vyplnění tohoto ***anonymního*** dotazníku. Informace z dotazníku budou hromadně zpracovány a použity pouze pro účely této práce. Otázky si pozorně přečtete a z nabízených odpovědí zatrhněte ***1 odpověď***, která nejlépe vystihuje Váš názor. U některých otázek můžete zvolit více odpovědí, budete na to vždy upozorněni. Dotazník obsahuje 26 otázek. Prosím Vás o samostatné vypracování a zodpovězení všech otázek, jinak se dotazník stává neplatným.

1. Uveďte, prosím, oddělení, na kterém pracujete:

.....

2. Vaše nejvyšší dosažené vzdělání je:

- ☐ úplné střední odborné, ukončené maturitou
- ☐ úplné střední odborné, ukončené maturitou + specializační studium
- ☐ vyšší odborné, ukončené absolutoriím
- ☐ vysokoškolské bakalářské studium
- ☐ vysokoškolské magisterské studium

3. Jste: ☐ muž ☐ žena

4. Ve zdravotnictví pracujete:

- ☐ 5 a méně let
- ☐ 6-10 let
- ☐ 11-15 let
- ☐ 16-20 let
- ☐ 21-30 let
- ☐ 31 a více let

5. Uveďte, prosím, Váš věk:

- ☐ 20 a méně let
- ☐ 21-25 let
- ☐ 26-30 let
- ☐ 31-35 let
- ☐ 36-40 let
- ☐ 41-45 let
- ☐ 46-50 let
- ☐ 51-55 let
- ☐ 56-60 let

6. Jak často se setkáváte na Vašem oddělení s pacienty v delirantním stavu?
- ☐ nikdy jsem se nesetkal/a
  - ☐ 1 - 2 x za svoji praxi
  - ☐ 1 - 2 x za půl roku
  - ☐ 1 - 2 x za měsíc
  - ☐ 1 - 2 x týdně
  - ☐ denně
  - ☐ jiné .....
7. Myslíte si, že delirium je porucha vědomí:
- ☐ kvantitativního typu
  - ☐ kvalitativního typu
  - ☐ jiné.....
8. Čím se typicky vyznačuje delirium?
- ☐ proměnlivou intenzitou příznaků (př. poruchou vědomí, pozornosti, vnímání, psychomotoriky, změnou cyklu spánků-bdění)
  - ☐ hypotenzí
  - ☐ poruchami nálady
  - ☐ nevím
  - ☐ jiné .....
9. Zapojujete do péče o delirantní pacienty rodinné příslušníky?
- ☐ ano, vždy                      ☐ ano, někdy                      ☐ ne, nikdy
10. Jakým způsobem byste nejvhodněji prováděl/a reorientaci u delirantního pacienta? (zde můžete označit **více odpovědí**)
- ☐ hodinami a kalendářem
  - ☐ zapnutím televize
  - ☐ poslechem rádia
  - ☐ informováním pacienta o jeho osobě, místě, času
  - ☐ nijak
  - ☐ jiné .....
11. Co je pro Vás náročné při péči o delirantní pacienty? (zde můžete označit **více odpovědí**)
- ☐ komunikace s pacientem
  - ☐ dezorientace pacienta
  - ☐ agresivita pacienta
  - ☐ celková péče
  - ☐ nic
  - ☐ jiné.....

12. Jak hodnotíte péči o delirantního pacienta v plně rozvinutém stádiu?

- ☐ velmi lehkou
- ☐ lehkou
- ☐ běžnou
- ☐ těžkou
- ☐ velmi těžkou
- ☐ neumím posoudit

13. Cítíte se více vyčerpan/a při ošetřování delirantního pacienta než u pacienta s jiným onemocněním?

- ☐ ano
- ☐ ne
- ☐ neumím posoudit

14. Pracujete na Vašem oddělení s konceptem bazální stimulace?

- ☐ ano
- ☐ ne
- ☐ nevím

15. Jaký máte názor na používání omezovacích prostředků u delirantních pacientů?

- ☐ plně souhlasím, používat vždy
- ☐ částečně souhlasím, používat pouze ve specifikovaných případech
- ☐ nevím, nemohu posoudit
- ☐ někdy nesouhlasím
- ☐ vždy nesouhlasím
- ☐ jiné .....

16. Z nabízených možností prosím vyberte používané typy omezovacích prostředků na Vašem oddělení (*zde můžete zvolit více odpovědí*):

- ☐ omezení v lůžku (= kurtování)
- ☐ síťové lůžko
- ☐ terapeutická izolace
- ☐ ochranný kabátek (= svěrací kazajka)
- ☐ manuální fixace
- ☐ podání medikace bez souhlasu nemocného
- ☐ nepoužíváme žádné
- ☐ jiné .....

17. Jak často se monitorují fyziologické funkce u pacienta s omezením v lůžku?

- ☐ nejdéle po 2 hodinách, neurčí-li lékař jinak
- ☐ nejdéle po 1 hodině, neurčí-li lékař jinak
- ☐ nejdéle po ½ hodině, neurčí-li lékař jinak
- ☐ je to individuální - v závislosti na vyvolávající příčině
- ☐ nemonitorují se
- ☐ jiné .....

18. Je potřeba pacienta sledovat i po ukončení omezení v lůžku?

- ☐ ano, vždy
- ☐ ano, ale pouze v určených případech
- ☐ není třeba sledovat
- ☐ nevím

19. Kdo je kompetentní ordinovat omezení pacienta v lůžku?

- ☐ pouze sestra
- ☐ pouze lékař
- ☐ sestra nebo lékař
- ☐ lékař, sestra pouze ve výjimečných a naléhavých situacích
- ☐ nevím

20. Jak hodnotíte pracovní den, pokud se staráte o delirantního pacienta?

- ☐ velmi náročný
- ☐ náročný
- ☐ standardní
- ☐ lehký
- ☐ velmi lehký
- ☐ neumím posoudit

Pokud jste v otázce 20 určil/a varianty „**velmi náročný**“ nebo „**náročný**“, pokračujte **otázkou 21**. V případě označení jiných odpovědí, pokračujte **otázkou 22**.

21. Tuto náročnost pracovního dne vnímáte jako:

- ☐ náročnou psychicky
- ☐ náročnou fyzicky
- ☐ náročnou fyzicky i psychicky
- ☐ neumím posoudit
- ☐ jiné.....

22. Jaká preventivní opatření jsou důležitá v předcházení vzniku delirantních stavů?

(zde můžete označit **více odpovědí**)

- ☐ dostatečná hydratace
- ☐ kvalitní spánek
- ☐ pohodlné, měkké lůžko
- ☐ vhodné osvětlení
- ☐ zdvižené postranice
- ☐ nelze ovlivnit ničím
- ☐ jiné.....

23. Byl/a jste někdy fyzicky napaden/a delirantním pacientem?

- ☐ ano, vícekrát
- ☐ ano, jedenkrát
- ☐ ne, nikdy
- ☐ nevzpomínám si

24. Delirantní pacient je pro Vás:

- ☐ jako všichni ostatní
- ☐ agresivní
- ☐ obtížný
- ☐ náročný
- ☐ neumím posoudit
- ☐ jiné .....

25. Zde můžete napsat jakoukoliv připomínku nebo poznámku ohledně péče o delirantní pacienty či návrh na opatření, které by Vám usnadnilo práci o tyto pacienty.

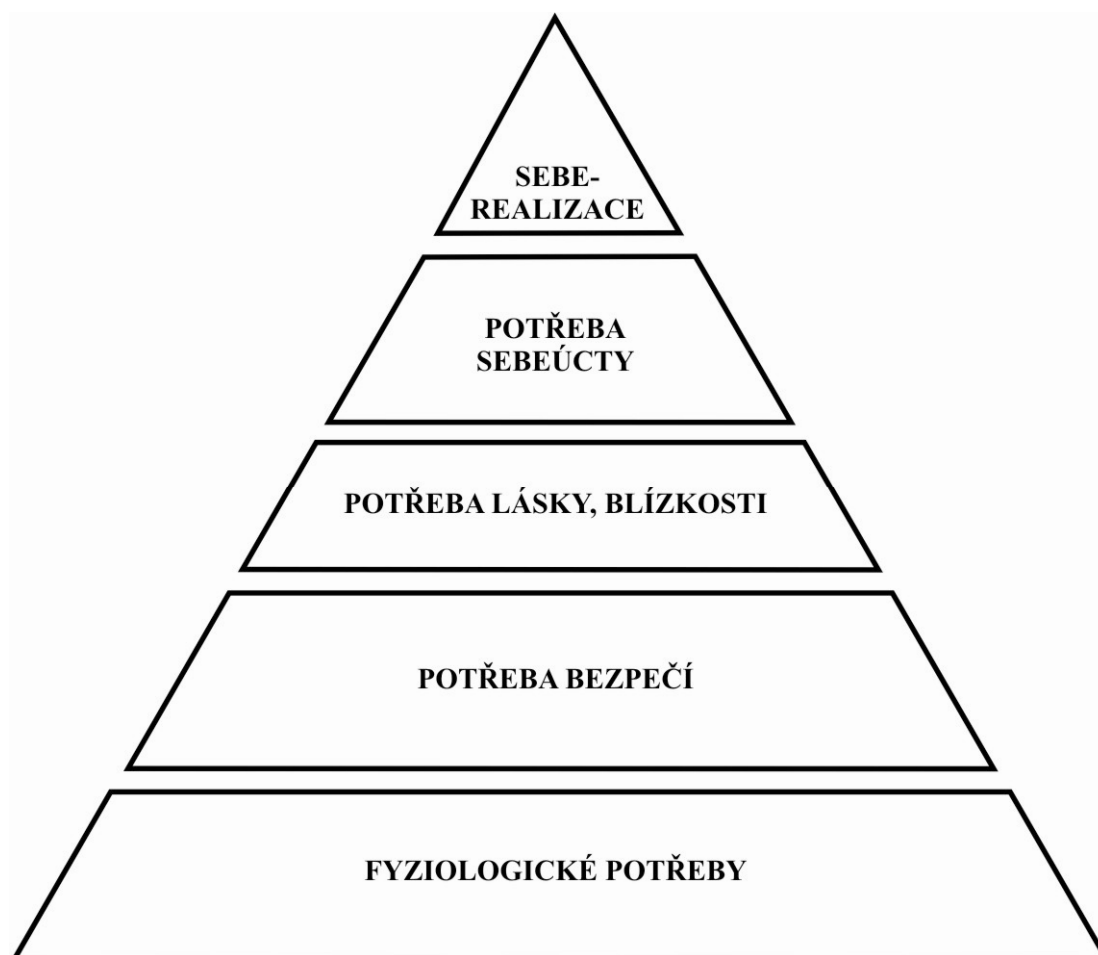
.....

.....

.....

**Děkuji za ochotu a čas, který jste strávil/a vyplněním mého dotazníku a přeji hezký den.**

## Příloha 2 Maslowova hierarchie potřeb



Zdroj: VENGLÁŘOVÁ, M. *Problematické situace v péči o seniory*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2007. 96 s. ISBN 978-247-2170-5.

### **Příloha 3 Proaktivní geriatrické intervence snižující výskyt deliria během hospitalizace**

1. Optimalizace funkce CNS (vnitřní prostředí, zevní podmínky).
2. Vysazení anticholinergně působících léků a dle možností i léků s účinkem na CNS.
3. Monitorování bolesti a její dostatečná léčba, minimum bolestivých intervencí.
4. Podmínky pro dostatečný a kvalitní spánek, udržení biologické rytmicky spánek-bdění, přes den denní světlo + aktivita, v noci tma (noční lampa) + klid.
5. Aktivní hydratace (snížení pocitu žízně ve stáří), sledování příjmu tekutin, parenterální doplnění možné i subkutánně (hypodermoklýza).
6. Sledovat vyprazdňování (retence moči, stolice).
7. Optimalizace příjmu potravy a stavu výživy.
8. Nepoužívat fyzické omezení (kurty, postranice u lůžka), neklidné pacienty monitorovat kamerou.
9. Včasná mobilizace, přiměřená fyzická aktivita.
10. Vhodná senzorická stimulace pacienta, kompenzace senzorických defektů (odstranění cerumina, brýle, naslouchadlo, osvětlení, komunikace).
11. Emočně orientovaná péče.

Zdroj: TOPINKOVÁ, E. *Geriatric pro praxi*. 1. vyd. Praha: Galén, 2005. 270 s.  
ISBN 80-7262-365-6.

Příloha 4 **Glasgowská stupnice hloubky bezvědomí = GCS (Glasgow Coma Scale)**

|                   |                                                  |                        |
|-------------------|--------------------------------------------------|------------------------|
| <b>1.</b>         | <b>otevření očí</b>                              |                        |
|                   | spontánní                                        | 4                      |
|                   | na oslovení                                      | 3                      |
|                   | na bolest                                        | 2                      |
|                   | bez reakce                                       | 1                      |
| <b>2.</b>         | <b>slovní odpověď</b>                            |                        |
|                   | orientovaná                                      | 5                      |
|                   | zmatená                                          | 4                      |
|                   | nekomunikuje                                     | 3                      |
|                   | nesrozumitelné zvuky                             | 2                      |
|                   | žádná odpověď                                    | 1                      |
| <b>3.</b>         | <b>reakce na bolest</b>                          |                        |
|                   | provede na příkaz pohyb                          | 6                      |
|                   | lokalizuje podnět (pohyb k podnětu)              | 5                      |
|                   | úniková reakce (pohyb od podnětu)                | 4                      |
|                   | necílená flexe končetiny (dekortikační reakce)   | 3                      |
|                   | necílená extenze končetiny (decerebrační reakce) | 2                      |
|                   | nereaguje                                        | 1                      |
| <b>celkem</b>     |                                                  |                        |
| <b>Hodnocení:</b> | 15 - 13 bodů                                     | lehká porucha vědomí   |
|                   | 12 - 9 bodů                                      | střední porucha vědomí |
|                   | 8 - 3 body                                       | závažná porucha vědomí |

Zdroj: STAŇKOVÁ, M. *České ošetřovatelství 6 - Hodnocení a měřicí techniky v ošetřovatelské praxi*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2000. 55 s. ISBN 80-7013-323-6.

## Příloha 5 **Biografická anamnéza**

1. Sociální situace, profese klienta.
2. Kdo může a nemůže klienta navštěvovat.
3. Jaký je typ? (klidný, živý, potřebuje kolem sebe dění)
4. Jak slyší?
5. Jak vidí, potřebuje brýle?
6. Denní rytmus klienta, struktura dne.
7. Je klient pravák nebo levák?
8. Které doteky má klient rád?
9. Jak spí, v jaké poloze usíná, jak je zvyklý se přikrývat?
10. Jak si čistí zuby, jak se holí?
11. Co jí rád a nerad?
12. Co pije rád a nerad?
13. Které zvuky poslouchá rád? (rádio, TV, hudba)
14. Upřednostňuje nějaké materiály?
15. Oblíbené vůně.
16. Co dělá, když má bolesti?
17. Co dělá, aby se cítil dobře? (hudba, společnost, klid, káva...)
18. Ostatní sdělení.
19. Důležitý zážitek v poslední době.

Zdroj: FRIEDLOVÁ, K. *Bazální stimulace v ošetrovatelské péči. Skriptum pro základní kurz Bazální stimulace*. 4. vyd. Frýdek Místek: Kleinwächter, 2005. 32 s.

## Příloha 6 **Desatero bazální stimulace**

1. Přivítejte se a rozlučte s klientem, pokud možno stejnými slovy.
2. Při oslovení se ho vždy dotkněte na stejném místě (iniciální dotek).
3. Hovořte jasně, zřetelně, ne příliš rychle.
4. Nezvyšujte hlas, mluvte přirozeným tónem.
5. Dbejte, aby tón vašeho hlasu, vaše mimika a gestikulace odpovídaly významu vašich slov.
6. Při rozhovoru s klientem používejte takovou formu komunikace, na kterou byl zvyklý.
7. Nepoužívejte v řeči zdrobněliny.
8. Nehovořte s více osobami najednou.
9. Při komunikaci s klientem se pokuste redukovat rušivý zvuk okolního prostředí.
10. Umožněte klientovi reagovat na vaše slova.

Zdroj: FRIEDLOVÁ, K. *Bazální stimulace v ošetrovatelské péči. Skriptum pro základní kurz Bazální stimulace*. 4. vyd. Frýdek Místek: Kleinwächter, 2005. 32 s.



Standard ošetrovatelské péče č. 037

**OMEZENÍ PACIENTA V LŮŽKU**

| <i>Skupina o kterou je pečováno</i>                          | <i>Nemocní</i>                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|--------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <i>Určeno</i>                                                | <i>zdravotní sestra,<br/>Diplomovaná zdravotní sestra,<br/>Diplomovaná dětská sestra,<br/>dětská sestra,<br/>diplomovaná porodní asistentka,<br/>porodní asistentka,<br/>sestra bakalářka (Bc.),<br/>sestra magistra (Mgr.)<br/>zdravotní sestra se specializovanou<br/>způsobilostí</i> |
| <i>Místo použití</i>                                         | <i>Lůžková oddělení<br/>a ambulantní provozy nemocnice</i>                                                                                                                                                                                                                               |
| <i>Sestavila</i>                                             | <i>Komise pro tvorbu standardů</i>                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <i>Oponenturu provedl(a)</i>                                 | <i>MUDr. František Vorel, CSc.<br/>Soudně lékařské oddělení</i>                                                                                                                                                                                                                          |
| <i>Nabývá účinnosti dne</i>                                  | <i>1.5.2007</i>                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <i>Kontrola platnosti standardu</i>                          | <i>Komise pro tvorbu standardů<br/>průběžně,<br/>nejdéle však 1x za 3 roky<br/>(31.prosince 2009)</i>                                                                                                                                                                                    |
| <i>Revize standardu provedena dne</i>                        | <i>1.4.-15.4.2007</i>                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <i>Kontaktní osoba</i>                                       | <i>Bc. Hana Dohnalová, R.N.<br/>Psychiatrické oddělení</i>                                                                                                                                                                                                                               |
| <i>Náměstek pro ošetrovatelskou péči<br/>- hlavní sestra</i> | <i>Mgr. Jiřina Otásková, MBA, v.r.</i>                                                                                                                                                                                                                                                   |

**Definice:**

Omezení v lůžku je krátkodobé omezení pohybu pacienta v lůžku za využití popruhů na horních a dolních končetinách. Za omezení v lůžku je také považován stav, kdy jsou omezeny jen obě horní nebo obě dolní končetiny.

**Cíl:**

- zabránit sebepoškození pacienta
- zajistit bezpečnost pro ostatní pacienty a zdravotnický personál
- vytvořit podmínky pro zahájení léčebných opatření
- zabránit poškození majetku

**Indikace:**

- a) závažné projevy psychomotorického neklidu ohrožující okolí, nebo znemožňující provádění terapeutických a ošetrovatelských intervencí
- b) autoagresivní projevy s rizikem sebepoškození nebo suicidality
- c) stavy, které s vysokou pravděpodobností vyústí do výše uvedených projevů
- d) vlastní žádost pacienta

Rozhodnutí o omezení v lůžku je *výhradně v kompetenci lékaře*, jenž je povinen učinit zápis do dokumentace, který vždy obsahuje:

- kdo rozhodl o užití omezovacích prostředků
- druh omezení
- důvod použití
- dobu počátku a dobu ukončení omezení v lůžku

Svou ordinaci **stvrzuje lékař podpisem ve zdravotní dokumentaci**

Jen **ve zcela výjimečných a naléhavých situacích vyžadujících neodkladné řešení**, může být **pacient omezen bez předchozí ordinace lékaře**. Lékař však musí být v těchto případech neprodleně informován, aby mohl v co nejkratším termínu potvrdit omezení v lůžku nebo navrhnout jiný postup.

Používání omezení v lůžku probíhá pod **supervizí vedoucího lékaře oddělení nebo primáře oddělení**, který zpětně stvrzuje svým podpisem ordinace omezení v lůžku u jednotlivých pacientů.

**Ošetrovatelské intervence předcházející omezení pacienta v lůžku:**

- omezení pacienta v lůžku je poslední krajní možností řešení, vždy musí předcházet snaha personálu zvládnout neuspokojivý stav pacienta verbálně nebo farmakologicky
- vlastní omezení je prováděno vždy za přítomnosti odpovídajícího počtu personálu tak, aby bylo provedeno rychle a bezpečně, pokud možno bez přítomnosti ostatních nemocných, respektivně návštěv
- není-li v silách zdravotnického personálu pacienta omezit, může lékař na pomoc přizvat Policii ČR – tel. č. 974221111 (ponechte dlouho vyzvánět), eventuálně telefon č. 158
- před vlastním omezením musí být pacientovi navržena možnost omezení bez užití fyzického nátlaku

- je-li nutný fyzický nátlak, zákrok musí být plánovaný, přiměřený, rozhodný, organizovaný a profesionální
- omezení je provedeno tak, aby byl jeho průběh pro pacienta co nejméně stresující a zatěžující
- vždy je respektována důstojnost člověka, při zákroku nesmí být používány bolestivé hmaty ani jiné nehumánní postupy
- před zákrokem musí být připraveno lůžko s popruhy, návštěvy a spolupacienti jsou požádáni o opuštění pokoje
- lékař nemocnému adekvátním způsobem vysvětlí důvody vedoucí k omezení, informuje jej o dalším postupu a časové perspektivě délky omezení (dovoluje-li to stav pacienta)
- na počátku omezení v lůžku je pacientovi změřen TK a P, neumožňuje-li to jeho stav, jsou hodnoty změřeny v co možná nejkratším čase po začátku omezení

#### **Ošetrovatelská péče v průběhu omezení pacienta v lůžku:**

- po celou dobu omezení je pacientovi věnována zvýšená péče
- sledování a zaznamenávání projevů nemocného, stav vědomí a stav prokrvení fixovaných končetin, stav dýchacích cest (zahlenění, riziko aspirace při krmení a podávání tekutin), neurčí-li lékař jinak, a 1 hodinu je měřen TK a P
- péče o hydrataci – minimální denní příjem 2000ml
- péče o vyprazdňování
- péče o hygienu a výměna osobního prádla
- úprava lůžka a výměna ložního prádla
- prevence dekubitů, zavedení polohovacího záznamu
- prevence negativních důsledků omezení končetin – správné přiložení a důkladné vypodložení popruhů, kontroly prokrvení končetin a 1 hodinu
- minimalizace psychické zátěže pacienta – dostupnost ošetrovatelského personálu, zajištění pocitu bezpečí, eventuelně stálá přítomnost u pacienta

#### **Ošetrovatelská péče po ukončení omezení v lůžku:**

- po ukončení omezení v lůžku je pacient i nadále po dobu 6-ti hodin zvýšeně sledován
- ošetřující lékař s pacientem znovu zpětně projedná a vysvětlí důvody vedoucí k jeho omezení

#### **Komplikace v průběhu omezování v lůžku:**

- poranění pacienta nebo členů ošetrovatelského personálu
- poranění pacienta způsobené přílišným utažením popruhů, jejich nedostatečným vypodložení nebo nedostatečnou kontrolou personálu (poruchy prokrvení, poruchy inervace, vznik trombózy, odřeniny, apod.)
- prochladnutí pacienta v důsledku nedostatečného tepelného zajištění
- poranění pacienta omezeného v lůžku jiným pacientem
- psychická traumatizace pacienta vyplývající z omezení (např. nedostatečné vysvětlení důvodů vedoucích k omezení)
- narušení terapeutického vztahu
- aspirace, pneumonie
- vznik dekubitů
- embolie

#### **Dokumentace:**

- a) zápisy v dokumentaci musí být popisné a objektivní

- b) každý zápis musí být opatřen datumem, časem a podpisem osoby, která zápis provedla
- c) všeobecná sestra dokumentuje:
  - stav pacienta předcházející omezení v lůžku a důvody vedoucí k omezení
  - čas počátku omezení
  - nejdéle však v hodinových intervalech výsledky průběžného sledování se zhodnocením stavu pacienta, záznam se provádí do tiskopisů (viz příloha č. 1- dvě strany)
  - prováděné ošetrovatelské zásahy – hygiena, příjem potravy a tekutin, vyprazdňování, atd.
  - návštěvy u pacienta
  - čas ukončení omezení, včetně popisu stavu pacienta a výsledků sledování po ukončení omezení
- d) specifické záznamy v dokumentaci Psychiatrického oddělení v souladu s Metodickým opatřením MZ k používání omezovacích prostředků u pacientů v psychiatrických zařízeních ČR

**Zvláštní upozornění:**

- á 3 hodiny je prováděna revize rozhodnutí o omezení v lůžku, aby se předešlo riziku nadužívání restriktivního opatření
- omezením v lůžku se neřeší stavy neklidu (např. z důvodu zmatenosti)
- omezení v lůžku nesmí nikdy sloužit jako trest
- návštěvy nemocných v průběhu omezení jsou možné, neurčí-li lékař jinak, avšak každá návštěva musí být lékařem předem seznámena s důvody vedoucími k omezení pacienta
- personál oddělení, která používají omezení v lůžku, musí být 1krát za rok proškolen v péči o nemocného v omezení

**Seznam literatury:**

1. České ošetřovatelství č. 2 (Zajišťování kvality ošetřovatelské péče, Etický kodex sester, Charty práv pacientů), IDVPZ Brno 1998
2. Fišerová Jaroslava – Etika v ošetřovatelství, IDVPZ Brno 1997
3. Trachtová Eva – Potřeby nemocného v ošetřovatelském procesu, IDVPZ Brno 1998
4. Petr Tomáš, Mikláš Tibor – Restriktivní metody v psychiatrii, Psychiatrická léčebna Bohnice 2004

**Příloha:**

- č. 1 Používání omezovacích prostředků - tabulka

**KONTROLNÍ MECHANISMUS**

| PRACOVNÍK                                                      | ČETNOST                                                                                                                                                                  |
|----------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| primář<br>eventuálně vedoucí lékař oddělení<br>lékař ve službě | zpětně stvrzuje svým podpisem<br>ordinace omezení v lůžku<br>během služby á 3 hod. provádí revizi<br>svého rozhodnutí o omezení v lůžku<br>dle aktuálního stavu pacienta |
| vrchní sestra                                                  | 1krát denně                                                                                                                                                              |
| staniční sestra                                                | 3krát denně                                                                                                                                                              |
| sestra ve službě                                               | v průběhu omezení v lůžku á 1 hod.                                                                                                                                       |

Příloha č. 1

**P o u ž í t í o m e z o v a c í c h p r o s t ř e d k ů**

Jméno pacienta : Datum:

Důvod použití: + druh omezovacího prostředku:

Frekvence sledování vitálních funkcí (TK, P, CGS): Jiné:

Záznam sledování lékařem: Hodnocení stavu omezení (každé 3 hodiny):

Důvod ukončení omezení:

Podpis pacienta :

Podpis vedoucího lékaře:

Příloha č. 1

Standard č. 0376



Standard č. 0378

Zdroj: Standard ošetrovateľskej péče číslo 37 Omezení pacienta v lůžku Nemocnice České Budějovice, a.s.