

Vplyv delirantných stavov na liečbu v traumatológii

Simona Vieriková

Bakalárska práca
2021



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav zdravotnických věd

Akademický rok: 2020/2021

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE (projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení:	Simona Vieriková
Osobní číslo:	H18354
Studijní program:	B5341 Ošetrovatelství
Studijní obor:	Všeobecná sestra
Forma studia:	Kombinovaná
Téma práce:	Vplyv delirantných stavov na liečbu v traumatológii

Zásady pro vypracování

Rešerše literatury.

Vymezení pojmů a teoretických východisek v oblasti delirantních stavů v souvislosti s alkoholizmem.

Příprava metodiky kvalitativního výzkumu.

Formulace kritérií pro výběr probandů.

Realizace designem kazuistiky.

Zpracování, vyhodnocení a interpretace získaných dat.

Prezentace výsledků výzkumu, jejich shrnutí a návrh doporučení pro praxi.

Forma zpracování bakalářské práce: **Tištěná/elektronická**
Jazyk zpracování: **Slovenština**

Seznam doporučené literatury:

- ARUMUGAM, S. et al. Delirium in the intensive care unit. *Journal of Emergencies, Trauma, and Shock* [online]. 2017, 10(1), 37-[cit. 2020-10-03]. DOI: 10.4103/0974-2700.199520. ISSN 0974-2700. Dostupné z: <https://www.onlinejets.org/text.asp?2017/10/1/37/199520>
- CALVO-AYALA, E., KHAN, B. Delirium management in critically ill patients. *NIH Public Access*. 2013; 2(1): 23-32. [online]. [cit. 2020-10-03]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4224112/>
- KONRÁD, Jiří. *Demence a jiné poruchy*. Praha: Grada, 2009. 176 s. ISBN 978-80-247-2454-6.
- LUKÁŠ, K., a A. ŽÁK. *Chorobné znaky a příznaky: diferenciální diagnostika*. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-5067-5.
- PAVLOVSKÝ, P. a J. RABOCH. *Psychiatrie*. Praha: Karolinum, 2013. 468 s. ISBN 978-80-246-1985-9.
- PEČEŇÁK, J. *Liečba delíria*. *Neurologie pro praxi*. 2011, roč. 12, č. 5, s. 307-310. ISSN 1213-1814.
- POKORNÁ, A., a kolektiv. *Ošetrovatelství v geriatrii*. Praha: Grada, 2013. 202 s. ISBN 978-80-247-4316-5.

Vedoucí bakalářské práce: **doc. MUDr. Jiří Gatěk, Ph.D.**
Ústav zdravotnických věd

Datum zadání bakalářské práce: **16. října 2020**
Termín odevzdání bakalářské práce: **14. května 2021**

L.S.

Mgr. Libor Marek, Ph.D.
děkan

PhDr. Pavla Kudlová, Ph.D.
ředitelka ústavu

Ve Zlíně dne 7. ledna 2021

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby ¹⁾;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 ²⁾;
- podle § 60 ³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 ³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně *12. 1. 2021*

.....

1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:

(1) Vysoká škola nevydělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlížení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.

(3) Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.

2) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:

(3) Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacímu zařízení (školní dílo).

3) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:

(1) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.

3). Odpirá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.

(2) Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užít či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.

(3) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jim dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlídí k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

ABSTRAKT

Bakalárska práca sa zaoberá problematikou delirantných stavov alkoholovej etiológie na liečbu v traumatológii. Hlavným cieľom práce je zistiť dopad delíria tremens na liečbu a mobilizáciu pacientov v traumatologickej starostlivosti. Práca je rozdelená na dve časti – teoretickú a empirickú časť. Teoretická časť je rozdelená na dve hlavné kapitoly. Prvá kapitola opisuje problematiku alkoholizmu a jeho celkový dopad na človeka, ďalej problematiku intoxikácie alkoholom, otravu alkoholom, a tiež popisuje pojmy ako je craving, či harm reduction. Druhá kapitola je zameraná na problematiku delíria tremens, kde je bližšie opísaná jeho definícia, diagnostika, liečba, prognóza, prevencia a jeho možné komplikácie. Empirická časť je venovaná kvalitatívnemu výskumu designom kazuistiky, do ktorého bolo zapojených päť respondentov s abúзом alkoholu v anamnéze.

Kľúčové slová: alkohol, alkoholizmus, závislosť, delírium, delirantný stav, delírium tremens

ABSTRACT

The bachelor thesis deals with the issue of delirious states of alcohol etiology and its effect on treatment in traumatology. The main goal of the thesis is to find the magnitude of impact of delirium on the patient's therapy and mobility. The thesis is divided into two parts – theoretical and empirical part. The theoretical part is divided into two main sections. The first section describes the issue of alcoholism and its effect on human as whole, then the issue of alcohol intoxication, alcohol poisoning and it also describes terms such as craving and harm reduction. The second section is focused on the issue of the delirium tremens, where is described its definition, diagnostics, therapy, prognosis, prevention and its possible complications. The empirical part is dedicated to qualitative research of casuistry design, in which five patients with alcohol abuse were involved.

Keywords: alcohol, alcoholism, addiction, delirium, delirium state, delirium tremens

Vyjadrujem poďakovanie

za odbornú a metodickú pomoc pri koncipovaní mojej bakalárskej práce doc. MUDr. Jiřímu Gařkovi, Ph.D., ktorého rady a odborné vedenie boli pre mňa cenným prínosom. Tiež by som chcela poďakovať mojej rodine, priateľovi a drahej kolegyni Bc. Jane Frantovej za obrovskú podporu počas celého štúdia.

Prehlasujem, že odovzdaná verzia bakalárskej práce a verzia elektronická nahratá do IS/STAG sú totožné.

OBSAH

ÚVOD.....	9
I TEORETICKÁ ČASŤ.....	10
1 ALKOHOLIZMUS.....	11
1.1 ABÚZUS ALKOHOLU	11
1.2 ALKOHOLOVÁ ZÁVISLOSŤ	11
1.2.1 Typy alkoholovej závislosti	11
1.2.2 Vývojové fázy vzniku alkoholovej závislosti	12
1.2.3 Liečba alkoholovej závislosti.....	12
1.3 TYPY LIEČEBNÝCH ZARIADENÍ	14
1.4 RELAPS.....	14
1.5 CRAVING.....	15
1.6 AKÚTNA INTOXIKÁCIA ALKOHOLOM.....	15
1.7 OTRAVA ALKOHOLOM.....	16
1.8 PREVENCIA ALKOHOLOVEJ ZÁVISLOSTI.....	16
1.8.1 Primárna prevencia.....	17
1.8.2 Sekundárna prevencia	17
1.8.3 Terciárna prevencia	18
1.8.4 Harm reduction.....	18
1.9 DOPAD ALKOHOLOVEJ ZÁVISLOSTI NA ČLOVEKA	18
2 DELÍRIUM.....	20
2.1 DEFINÍCIA DELÍRIA	20
2.2 DEFINÍCIA DELÍRIA TREMENS	20
2.3 TYPY DELÍRIA TREMENS	20
2.4 KLINICKÝ OBRAZ DELÍRIA A JEHO PRIEBEH	21
2.5 ETIOPATOGENÉZA DELÍRIA.....	21
2.6 DIAGNOSTIKA DELÍRIA	22
2.6.1 Diferenciálna diagnostika.....	23
2.7 LIEČBA DELÍRIA	24
2.7.1 Nefarmakologická liečba	24
2.7.2 Farmakologická liečba	24
2.7.3 Reštriktívne postupy.....	25
2.8 KOMPLIKÁCIE DELÍRIA	26
2.9 PREVENCIA DELÍRIA	27
II PRAKTICKÁ ČASŤ.....	28
3 METODIKA KVALITATÍVNEHO VÝSKUMU	29
3.1 CIELE VÝSKUMU.....	29

3.2	CHARAKTERISTIKA RESPONDENTOV	29
3.3	ORGANIZÁCIA VÝSKUMU	29
3.4	SPÔSOB ZÍSKAVANIA INFORMÁCIÍ.....	29
3.5	KAZUISTIKA	30
3.6	POZOROVANIE	30
4	KAZUISTIKA RESPONDENTA Č. 1	32
4.1	ANAMNÉZA RESPONDENTA Č. 1	32
4.2	KATAMNÉZA RESPONDENTA Č. 1	34
5	KAZUISTIKA RESPONDENTA Č. 2	42
5.1	ANAMNÉZA RESPONDENTA Č. 2.....	42
5.2	KATAMNÉZA RESPONDENTA Č. 2.....	44
6	KAZUISTIKA RESPONDENTA Č. 3	49
6.1	ANAMNÉZA RESPONDENTA Č. 3.....	49
6.2	KATAMNÉZA RESPONDENTA Č. 3.....	51
7	KAZUISTIKA RESPONDENTA Č. 4	58
7.1	ANAMNÉZA RESPONDENTA Č. 4.....	58
7.2	KATAMNÉZA RESPONDENTA Č. 4.....	60
8	KAZUISTIKA RESPONDENTA Č. 5	66
8.1	ANAMNÉZA RESPONDENTA Č. 5.....	66
8.2	KATAMNÉZA RESPONDENTA Č. 5.....	68
9	NAJČASTEJŠIE OŠETROVATEĽSKÉ DIAGNÓZY PODĽA NANDA I. V SÚVISLOSTI S DELIRANTNÝM STAVOM ALKOHOLOVEJ ETIOLÓGIE	75
9.1	OŠETROVATEĽSKÁ DIAGNÓZA AKÚTNA ZMÄTENOSŤ (00128).....	75
9.2	OŠETROVATEĽSKÁ DIAGNÓZA RIZIKO NÁSILIA VOČI DRUHÝM (00138)	76
9.3	OŠETROVATEĽSKÁ DIAGNÓZA RIZIKO DYSBALANCIE ELEKTROLYTOV (00195)	77
9.4	OŠETROVATEĽSKÁ DIAGNÓZA DEFICIT SEBASTAROSTLIVOSTI (00108, 00109, 00102, 0110)	78
9.5	OŠETROVATEĽSKÁ DIAGNÓZA RIZIKO PERIFÉRNEJ NEUROVASKULÁRNEJ DYSFUNKCIE (00086)	80
10	DISKUSIA.....	81
	ZÁVER	84
	ZOZNAM POUŽITEJ LITERATÚRY	9
	ZOZNAM SKRATIEK	89
	ZOZNAM TABULIEK	92
	ZOZNAM PRÍLOH.....	93

ÚVOD

Alkohol v súčasnej dobe tvorí veľkú súčasť života mnohých ľudí, a to už od ich ranného veku. Je to najmä z dôvodu, že konzumácia alkoholu v spoločnosti je veľmi tolerovaná a považovaná za normálnu a prijateľnú. Nadmerná konzumácia alkoholu má vážne dopady, a to nie len na zdravie jedinca, ale rovnako i na jeho sociálne postavenie. V prípade, že sa človek dostane do štádia, kedy je na alkohole už závislý a alkohol sa dostáva do popredia pred inými životnými potrebami, až vtedy sa stáva pre spoločnosť neprijateľný. Jedinci závislí na alkohole sa často do závislosti dostanú nepriaznivou životnou situáciou, buď to rodinnou, pracovnou alebo finančnou. V takejto situácii mnohokrát vidia riešenie problému len v alkohole, kedy samotný problém, bohužiaľ, neriešia, ale prehlbujú a dostávajú sa do závažnejších problémov. V prípade, že sa jedinec závislý na alkohole dostane do nemocničného zariadenia, či už ako výsledok úrazu alebo snahy o liečenie svojho stavu, musí zdravotnícky personál počítat' s rizikami, ktoré sa môžu u závislých počas hospitalizácie dostaviť. U pacientov dochádza k akútnemu prerušeniu konzumácie návykovej látky, na ktorý môže začať organizmus prehnane reagovať a pacient sa dostáva do štádia delíria. Zdravotnícky personál by mal na takéhoto pacienta nahliadať rovnako ako i na „nezavislých“ pacientov, a mala by mu byť poskytovaná rovnaká starostlivosť, keďže alkoholizmus je braný ako ochorenie ako každé iné. K takýmto pacientom je potrebné pristupovať s pochopením, rešpektom a s trpezlivosťou. Je nutné motivovať ich k zmene životného štýlu, povzbudiť ich a ukázať im, že požiadať o pomoc nie je prejavom slabosti, ale práve naopak.

Bakalárska práca je rozdelená na časť teoretickú a praktickú. V teoretickej časti je obsiahnutý problém závislosti na alkohole, definícia alkoholizmu, stavy akútnej intoxikácie, či otravy, prevencia alkoholizmu a vysvetlenie pojmov ako je craving a harm reduction. Druhá časť teórie je venovaná opisu delirantných stavov, konkrétne delíria tremens, rovnako jeho diagnostike, liečbe, prognóze, prevencii, či komplikáciám. Výskumná časť je venovaná popisu metódy výskumu, cieľom výskumu, kazuistikám, diskusii a celkovému zhrnutiu získaných poznatkov výskumu. Výstupom bakalárskej práce je zhrnutie najčastejšie používaných ošetrovateľských diagnóz spojených s diagnózou delíria alkoholovej etiológie a edukačný leták pre sestry „Delírium tremens a jeho manažment“ (viď Príloha IV).

I. TEORETICKÁ ČASŤ

1 ALKOHOLIZMUS

Sobková a Kudlová (2016, s. 2) definovali alkoholizmus ako „*návykovú chorobu, ktorej obeti sú psychicky i fyzicky závislé na chemickej látke – alkohole*“. Alkoholizmus je chronické ochorenie a má pozvoľný vývoj. Rozvinutie alkoholizmu začína často nenápadne. Prvým spúšťačom alkoholizmu je konzumácia alkoholu v spoločnosti, kedy jedincovi pomáha k jednoduchšiemu nadviazaniu kontaktov, komunikácie a k celkovému uvoľneniu. Postupom času sa tolerancia na alkohol zvyšuje, čím dochádza ku častejšej konzumácii väčšieho množstva alkoholu. Dochádza k frekventovanejším stavom úplnej opitosti a jedinec stráca kontrolu nad sebou, svojimi rozhodnutiami a životom. Alkoholizmus mnohokrát zasahuje nie len do sféry zdravotnej a psychickej, ale rovnako aj do sféry sociálnej. Veľký dopad má i na samotný chod rodiny, kedy môže dôjsť až k zanedbávaniu rodičovskej role (Škoricová, 2004, s. 7-9).

1.1 Abúzus alkoholu

Abúzus alkoholu znamená užívanie látky, ktorá vedie k poškodeniu somatického alebo psychického zdravia. Do tejto diagnózy zaraďujeme nadmernú konzumáciu alkoholu, nie však samotnú závislosť na alkohole. Liečba abúzu na alkohole sa neuskutočňuje v špecializovaných pracoviskách formou hospitalizácie, ale odporúča sa krátka intervencia somatických lekárov a zameranie sa na príčinu zvýšenej konzumácie alkoholu, ktorou môžu byť osobné problémy, problémy v rodine, či v zamestnaní (Vojířová, 2013, s. 17-19).

1.2 Alkoholová závislosť

Petr Popov (2003, s. 29) závislosť na alkohole charakterizuje ako „*chronické, recidivujúce, často progredujúce ochorenie*“. Závislosť na alkohole je klasifikovaná ako duševné ochorenie s psychopatologickými, kognitívnymi a behaviorálnymi príznakmi. Jedná sa o takzvaný craving, kedy má jedinec silnú túžbu užitia alkoholu, rovnako má problémy i s kontrolou pitia alkoholu a napriek škodlivým následkom pokračuje v jeho nadmernej konzumácii. Pri konzumácii alkoholu dochádza ku zvýšeniu tolerancie len v začiatku rozvoja závislosti, a v pokročilých štádiách dochádza ku zníženiu tolerancie na základe somatického poškodenia pečene.

1.2.1 Typy alkoholovej závislosti

Leschova typológia osôb závislých na alkohole:

- typ I. – pitie alkoholu z dôvodu fyzickej závislosti;
- typ II. – pitie k zníženiu úzkosti;
- typ III. – pitie k zahnaníu depresie;
- typ IV. – pitie zo sociálnych dôvodov (Hůlek, Urbánek a kol., 2018, s. 365).

1.2.2 Vývojové fázy vzniku alkoholovej závislosti

Závislosť na alkoholizme ovplyvňuje z veľkej časti spoločenskú sféru jedinca, avšak jedinec je ohrozený i mnohými ochoreniami. Jedinec môže byť zo začiatku ohrozený zvýšeným a následne vysokým krvným tlakom. V prípade väčšieho rozvoja nadmernej konzumácie alkoholových nápojov dochádza k poškodeniu pečene a mozgu. V neskorších štádiách poškodenia pečene môže dôjsť k rozvoju pečenej cirhózy, či až k nádorovému poškodeniu celej tráviacej sústavy. Jedinci sú tiež ohrození vznikom diabetu (Kalina a kol., 2015, s. 53).

Jellinek delí alkoholovú závislosť do štyroch fáz, a to nasledovne:

- počiatočná fáza alkoholizmu – k pitíu alkoholu dochádza prevažne v spoločnosti druhých ľudí a prináša uvoľnenosť, ľahšie utváranie spoločenských kontaktov, spočiatku je len príležitostné, ale neskôr sa stáva častejším, alkohol sa pije v menších dávkach a v tomto období dochádza k psychickej závislosti a väčšej tolerancii alkoholu;
- prodromálna fáza alkoholizmu – jedinec pije alkohol i sám, bez prítomnosti spoločnosti na základe nejakého problému, dochádza k opitosti, psychická závislosť je rozvinutá a vyvíja sa závislosť somatická;
- kruciálna fáza alkoholizmu – dochádza k strate kontroly, alkoholik sa snaží svoje pitie racionalizovať, závislosť mu spôsobuje spoločenské problémy, psychická a somatická závislosť je úplne rozvinutá a v prípade vynechania dávky dochádza k odvykacím príznakom;
- terminálna fáza alkoholizmu – dochádza k neustálej konzumácii alkoholu, jedinec chátra po stránke somatickej i duševnej (Janík a Dušek, 1990, s. 30).

1.2.3 Liečba alkoholovej závislosti

Závislí na alkohole si často toto ochorenie neprípúšťajú a v mnohých prípadoch sa ho snažia racionalizovať, alebo tvrdia, že majú všetko pod kontrolou a v prípade, že by chceli prestať,

tak by tak i učinili bez akýchkoľvek problémov. Avšak, opak je vo väčšine prípadov pravdou. Závislí sa snažia svoje problémy riešiť, alkoholom, ktorý ich problémy ešte viac zhoršuje.

1.2.3.1 Nefarmakologická liečba

Samotnú liečbu závislosti na alkohole by mala predchádzať motivácia pacienta, ktorá je považovaná za dôležitý prvý krok k zmene. V praxi sa preukázalo, že tento postup má na pacienta významnejší dopad. Motivácia pacienta prebieha v krátkych intervenciách, kedy lekár vedie s pacientom krátky informačný rozhovor. Ako výsledok týchto rozhovorov by mala byť motivácia pacienta k rozhodnutiu liečenia sa (Routhu a Hosák, 2018, s. 368).

Druhým prístupom k liečbe alkoholovej závislosti je **kognitívno-behaviorálny prístup**. Jedná sa o vysvetlenie, akými mechanizmami chovania a myslenia ochorenie vzniká. Prístup je založený na identifikácii rizikových situácií, ktoré vedú k závislosti a na stratégii, ako s v takýchto situáciách reagovať. Patrí sem napríklad nácvik odmietnutia alkoholu, či rozpoznanie nebezpečnosti myšlienok a naučiť sa im čeliť (Kalina a kol., 2015, s. 1155).

Treťou terapiou je **psychodynamická terapia**, ktorá je založená na skutočnosti, že charakter pacientov je formovaný ich rannými skúsenosťami a od toho sa odvíja i závislostné chovanie. Adiktológovia, ktorí sa v tejto terapii orientujú veria, že závislosti sa prejavia ako dôsledok nevedome vyjadrených konfliktov, pocitov a emócií (Kalina a kol., 2015, s. 1155).

1.2.3.2 Podporná farmakologická liečba

Senzitizácia je farmakoterapia, ktorá spočíva v podávaní preparátov, ktoré zvyšujú vnímavosť organizmu voči účinkom alkoholu. Ide o ciele zhoršenie znášanlivosti návykovej látky – alkoholu, a tým dochádza k vybudovaniu odporu k návykovej látke. V súčasnej dobe sa podáva preparát disulfiram – Antabus. Tento preparát spôsobí, že po konzumácii alkoholu (cca 10-15 min.) dochádza k veľmi nepríjemným príznakom ako sú napríklad hypotenzia, palpitácie, tachykardie, dyspnoe, bolesti na hrudi, cefalea, sčervenanie v tvári. Tieto príznaky môžu pretrvávajúť i niekoľko hodín (Skála a kol., 1987, s. 73).

S touto formou terapie musí pacient súhlasiť a pri samotnom predpise preparátu podpisuje, že je s liečivom a jeho účinkami zoznámený a súhlasí s nimi. V priebehu užívania Antabusu a týždeň po poslednej dávke je nutná úplná abstinencia, inak môže dôjsť až k ohrozeniu života pacienta (Skála a kol., 1987, s. 74-75).

Užívaním tohto preparátu nie je liečená primárna porucha, ale jedná sa len o preventívnu metódu, ktorou je možno zabrániť závislým konzumovať alkohol (Skála a kol., 1987, s. 73-76).

1.3 Typy liečebných zariadení

Najkomfortnejším a najjednoduchším spôsobom terapie je terapie realizovaná v *ambulantnom zariadení*, kde pacient dochádza. Počas ambulantnej liečby môže pacient bez časového obmedzenia vykonávať svoje povolanie, keďže ordinačné hodiny sú prispôbené pracujúcim ľuďom. Pacientom poskytujú psychoterapiu, poradenstvo, či farmakologickú liečbu. Ambulantnú liečbu uprednostňujú pacienti, ktorí sú v doliečovacom štádiu a sú schopní zvládať abstinenciu v domácom prostredí, teda bez nutnosti hospitalizácie. Ambulantná starostlivosť musí byť dlhodobá, keďže raz rozvinutá závislosť na alkohole je ochorením dlhodobým, až celoživotným (Skála a kol., 1987, s. 75).

Pri ťažkých psychických a somatických komplikáciách pacienta je odporúčaná *ústavná starostlivosť*, ktorá je poskytovaná psychiatrickými oddeleniami nemocníc, či psychiatrickými liečebňami. Hlavnou výhodou tohto typu liečby je vytrhnutie pacienta z negatívneho a škodlivého prostredia. Ústavná liečba v Českej republike trvá zhruba tri mesiace, avšak dĺžka hospitalizácie je veľmi individuálna a závisí na celkovom stave a závažnosti závislosti pacienta. Ústavná liečba zahŕňa pracovnú terapiu, psychoterapiu, režimovú terapiu, pohybové aktivity, arteterapiu, edukáciu a farmakologickú terapiu (Skála a kol., 1987, s. 116-121).

Ďalšou formou terapie pre pacientov a alkoholovou závislosťou sú *terapeutické komunity*. V terapeutických komunitách majú všetci členovia rovnaké pravidlá, ale nie všetci majú rovnaké povinnosti. Hlavným cieľom je podpora osobného rastu, zmena životného štýlu, náhľad na osobné problémy, vyhľadávanie faktorov, ktoré by mohli pozitívne zmeniť život jedinca, znovuobjavenie viery a nádeje v zmenu (Kalina a kol., 2008, s. 204).

1.4 Relaps

Relaps veľmi úzko súvisí s liečbou závislosti. Je dôležitým indikátorom efektivity liečby, avšak neodkazuje na jej výsledok (Kalina a kol., 2008, s. 225). K relapsu väčšinou dochádza dvanásť mesiacov po dokončení liečby závislosti. Nemôže byť vysvetlený len ako

fyziologická odpověď na odvykací příznaky, protože relaps sa často vyskytuje dlho po ukončení užívania drog. Príčinou relapsu môže byť strata stability v prežívaní.

Rizikové situácie, ktoré predstavujú vysoké riziko ohrozenia pocitu sebakontroly popisujú Marlatt a Donovan (2005) takto:

- negatívne emocionálne stavy – frustrácia, hnev, úzkosť, smútok až depresia;
- interpersonálne konflikty – konflikty v medziľudskom vzťahu;
- sociálny tlak – verbálne presvedčovanie, negatívne vplyvy osôb užívajúcich návykové látky.

1.5 Craving

Craving v preklade baženie je silná, neprekonateľná túžba po užití psychoaktívnej látky. Craving patrí do hlavného znaku závislosti, avšak nepredstavuje jasnú príčinu relapsu (Kalina a kol., 2008, s. 229). Subjektívne príznaky cravingu sú:

- spomienky na pocity pod vplyvom návykovej látky;
- zvieranie na hrudi, palpitácie, zvieranie žalúdka, sucho v ústach, tras, cefalea, potenie, bolesti tela;
- silná túžba po návykovej látke, úzkosť, stiesnenosť, únava, zhoršené vnímanie, vzrušenie, agitovanosť (Nešpor, 2007a, s. 32).

Zvládanie stavu cravingu je veľmi náročné a vyžaduje niekoľko stratégií, a to napríklad vyhýbanie sa situáciám, ktoré by mohli byť s cravingom spojené, uvedomenie si dôsledkov relapsu, snažiť sa o odvedenie pozornosti, fyzická aktivita, dostatočný odpočinok a kvalitný spánok, relaxačné techniky, sex, vyjadrovanie svojich pocitov, myšlienok a emócií, vyhýbať sa rizikovému prostrediu a iným závislým osobám, self-monitoring, sebaopoznanie, a v neposlednej rade požiadanie o pomoc (Nešpor, 2007a, s. 32-34).

1.6 Akútna intoxikácia alkoholom

Ide o prechodný, reverzibilný syndróm, ktorý nasleduje krátko po užití návykovej látky a ústí v nápadné zmeny v chovaní, psychických funkciách, základných telesných funkciách a funkciách orgánových (Dvořáček, 2007, s. 131).

Akútna intoxikácia alkoholom má štyri štádiá a to:

- excitačné – eufória, zvýšenie sebavedomia, odstránenie zábran, veľavravnosť, zhoršenie kognitívnych funkcií;
- hypnotické – predĺženie reakcií, strata sebakontroly, poruchy koordinácie, rovnováhy, agitovanosť;
- narkotické – ťažká stupeň poruchy koordinácie, zmätenosť, studená koža, hypotenzia, hypotermia, tachykardie, povrchové a spomalené dýchanie, hlboký spánok;
- asfyktické – hlboké bezvedomie až kóma, vyhasínanie reflexov, cyanóza, smrť s respiračným a kardiovaskulárnym zlyhaním (Kalina a kol., 2007, s. 133).

Akútna intoxikácia je stav, kedy po konzumácii alkoholu dochádza k poruchám úrovne vedomia, chovania, vnímania, či iným psychofyziologickým reakciám. Nezaradujeme sem intoxikácie v zmysle otravy (Nešpor, 2007b, s. 156).

V prípade, že sa jedná len o ľahkú intoxikáciu nie je nutná žiadna špeciálna liečba. Avšak v prípade ťažkého štádia intoxikácie môže ísť o život ohrozujúci stav. V tomto prípade, môže ťažká intoxikácia viesť k dysbalancii iontov – kálium, poklesu cukru v krvi. Väčšinou sa podávajú infúzie s dávkami thiamínu. Pri psychomotorickom nepokoji sa neodporučuje podávanie benzodiazepínov, keďže ich interakcia s alkoholom je nepredvídateľná (Nešpor, 2007b, s. 158).

1.7 Otrava alkoholom

O otrave alkoholom možno hovoriť v prípade, že hladina etanolu v krvi predstavuje 4-5 ‰. Pacient je ohrozený najmä možným rizikom utlmenia dýchacieho centra. U včasného zachytenia otravy sa realizuje výplach žalúdka a forsírovanie diurézy, kedy je potrebné myslieť na pravidelnú kontrolu iontogramu. V prípade, že výplach žalúdka nie je dostačujúci je nutná realizácia hemodialýzy. Ak dochádza k útlmu dýchacieho centra, a u pacienta sa Glasgow Coma Scale rovná menej než ôsmim bodom, pristupuje sa k intubácii pacienta (Hůlek, Urbánek a kol., 2018, s. 367).

1.8 Prevencia alkoholovej závislosti

Podľa Svetovej zdravotníckej organizácie prevenciu možno definovať, ako „súbor intervencií s cieľom zamedziť, či znížiť výskyt a šírenie škodlivosti účinkov užívania alkoholu a nealkoholových drog“. Rozlišujeme tri typy prevencie:

- primárna prevencia;
- sekundárna prevencia;
- terciárna prevencia (Kalina a kol., 2008, s. 18-22).

1.8.1 Primárna prevencia

Primárna prevencia sa zameriava na udržanie a podporu zdravia celej populácie. Hlavným cieľom je zabrániť vzniku ochorenia. Zabránenie vzniku ochorenia je možné dosiahnuť, buď odstránením príčiny, alebo vytvorením takých podmienok, ktoré nedovoľujú prepuknutiu ochorenia (Kalina a kol., 2008, s. 18).

Tento typ prevencie by mal byť zameraný už v rannom veku človeka, a to na deti a mládež. Mala by sa zameriavať na motiváciu k plnohodnotnému životu bez alkoholu (Kalina a kol., 2008, s. 19).

Kolibáš a Novotný (1996) rozdeľuje ozdravovacie aktivity na:

- neúčinné stratégie – besedy, prednášky, videá, odstrašovanie, direktívnosť v protidrogových aktivitách;
- menej účinné stratégie – spoľahnutie sa na prevenciu v rodine, organizovanie efektívneho využitia voľného času, spolupráca iných zložiek so školou;
- účinné stratégie – preventívne programy, zapojenie žiakov do preventívnych aktivít, zavedenie svojpomoci, zavádzanie nových stratégií, ohrozeným žiakom poskytovať dostupné služby rovesníkmi, zapájanie rodičov do mimoškolských aktivít.

1.8.2 Sekundárna prevencia

WHO definuje sekundárnu prevenciu závislostí ako „predchádzanie vzniku, rozvoju a pretrvávaniu závislosti u osôb, ktoré sú už užívaním drog zasiahnutí a postihnutí, prípadne sa na ich užívaní stali závislými. Sekundárna prevencia sa zahajuje v prípade, že daný problém, či ochorenie prepuklo, ale ešte predtým než spôsobil výraznejšie poškodenie. Dôležité je eliminovanie vzniknutých porúch v počiatočnom štádiu prostredníctvom opatrení, ktoré majú zamedziť ďalšiemu prehlbovaniu poruchy. Veľký podiel zohrávajú školský poradcovia, ktorí by mali ako prví spozorovať začínajúci problém, ďalej psychologické a drogové poradne, či kontaktné centrá (Kalina a kol., 2008, s. 17).

1.8.3 Terciárna prevencia

Terciárna prevencia znamená prechádzanie vážnemu a trvalému zdravotnému a sociálnemu poškodeniu, ako následok užívania návykových látok. Nastupuje vtedy, keď všetky zložky primárnej a sekundárnej prevencie zlyhali. Terciárna prevencia napomáha závislým jedincom napríklad pri hľadaní zamestnania, bývania, pomoc pri jednaní s rôznymi inštitúciami. Zaraďuje sa sem i základná starostlivosť o ich zdravie (Kalina a kol., 2008, s. 22-23).

1.8.4 Harm reduction

Harm reduction môže byť popísaná ako stratégia zameraná na individuálov alebo skupiny, ktoré sa snažia zmierniť, či redukovať škodlivé účinky spojené s niektorými rizikovými typmi chovania. V užšom pojatí môžeme stratégiu charakterizovať ako súbor praktických stratégií, ktoré redukujú negatívne dopady užívania drog na kvalitu života jedinca. Táto stratégia vznikla z prístupu „public health” (ochrany verejného zdravia), ktorý vznikol v súvislosti so šírením sa HIV/AIDS, tuberkulózou a vírusových hepatitíd (VHA, VHB, VHC). Na rozdiel od „public health” kladie stratégia harm reduction väčší dôraz na individuálne potreby závislých. Harm reduction stratégia sa usiluje o to, aby konzumácia alkoholu a drog mala čo najmenší negatívny dopad na ľudskú spoločnosť, keďže úplné odstránenie tohto problému nie je možné. Umožňuje jedincom, aby sa podieľali na jeho tvorbe a mali právo rozhodnúť sa, akým spôsobom a v akej časovej línii budú liečení (Kalina a kol., 2003, s. 263).

Prístup harm reduction:

- stratégia sa vyhýba zhoršovaniu poškodenia, ktoré je spôsobené užívaním drog;
- jedná so závislými s dôstojnosťou;
- maximalizuje možnosti intervencie;
- je založená na uprednostňovaní dosiahnutia cieľov;
- je neutrálna k legalizácii či dekriminalizácii (Hunt, 2003).

1.9 Dopad alkoholovej závislosti na človeka

Nadmerná a častá konzumácia alkoholu môže postupom času viesť k veľmi závažným zdravotným komplikáciám, či už orgánovým alebo psychickým. Konzumácia alkoholu

rovnako vplýva i na samotné chovanie jedinca. V mnohých prípadoch je alkohol príčinou dopravných nehôd, rôznych úrazov a kriminality (Sobková a Kudlová, 2016, s. 6).

Medzi *orgánové komplikácie* možno zaradiť:

- Alkoholická myokardiopatia;
- Sekundárna hypertenzia;
- Ischemická choroba;
- Vredová choroba;
- Hepatopatia;
- Steatóza pečene, hepatitída, cirhóza;
- Nádorové ochorenia;
- Pankreatitída;
- Epileptické záchvaty;
- Choroby krvi a krvotvorby;
- Alkoholická atrofia mozgu;
- Sexuálne poruchy.

Medzi *psychické komplikácie* možno zaradiť:

- Alkoholický odvykací syndróm;
- Delírium tremens;
- Korsakova psychóza;
- Alkoholické halucinácie;
- Alkoholická demencia (Sobková a Kudlová, 2016, s. 6).

2 DELÍRIUM

2.1 Definícia delíria

Podľa Kubešovej (2009) delírium možno definovať ako „akútnu a prechodnú alteráciu duševného stavu, charakterizovanou neschopnosťou adekvátne identifikovať a reagovať na zmeny okolitého prostredia“.

Delírium je syndróm, počas ktorého dochádza k rýchlej a náhlej zmene chovania jedinca a jeho neschopnosti udržať pozornosť (Topinková, 2003, s. 32). Jedná sa o kvalitatívnu poruchu vedomia pacienta, kedy dochádza k zlyhaniu adaptačnej schopnosti CNS na určitú fyzickú alebo psychickú poruchu, či chorobu. Delírium rovnako patrí medzi jednu z najčastejších psychiatrických porúch u akútne hospitalizovaných geriatrických pacientov. Pacientov tento akútny stav ovplyvňuje v miere sebestačnosti a tým zároveň predlžuje aj ich dobu pobytu v nemocničnom zariadení. Pacienti postihnutí delirantným stavom sú rovnako ohrození i nebezpečenstvom úrazu, sebapoškodenia, či poškodenia lekárskeho a nelekárskeho zdravotníckeho personálu, ktorí pacientom poskytujú ošetrovateľskú starostlivosť (Pidrman, 2007, s. 68; Arumugam et al., 2016, s. 37).

2.2 Definícia delíria tremens

Roman Pilch (2011, s. 153) charakterizuje delírium tremens ako „silný odvykací stav komplikovaný kvalitatívnou poruchou vedomia, kognitívnych funkcií a narušením pozornosti“.

2.3 Typy delíria tremens

V roku 1961 Johnson rozdelil odvykací syndróm do troch štádií:

- odvykací syndróm po náhlom vysadení alkoholu – craving, nespavosť, subjektívny nepokoj, úzkosť, tras, potenie, tachykardie, poruchy koncentrácie,
- predelirantný syndróm – nauzea, zvracanie, dysartria, bludné vnímanie,
- delírium tremens – zastreté vedomie, psychomotorická agitácia, halucinácie, bludy, ilúzie, sugestibilita (Pecinovská, 2011, s. 317-318).

2.4 Klinický obraz delíria a jeho priebeh

Delírium je vo svojom klinickom obraze veľmi variabilný, avšak niektoré príznaky delíria sa vždy zhodujú. Delirantný stav sa najčastejšie rozvinie do 2-3 dňa hospitalizácie a trvá obvykle 3-6 dní. Končí hlbokým spánkom, z ktorého sa pacient preberá do relatívne normálneho duševného stavu. Po odznení dochádza k amnézii na tento stav. Avšak delirantný stav sa môže skomplikovať pôsobením rôznych faktorov, a tým sa jeho trvanie pretrahuje. Predchádzať mu môžu prodromálne príznaky.

Do klinického obrazu delíria sa zaraďuje:

- psychopatológia – zmätený, dezorientovaný obsah mentálnej činnosti, znížená alebo žiadna schopnosť udržania pozornosti, nesúvislé, inkoherentné myslenie s vyskytujúcimi sa bludmi, či halucináciami (vizuálne a taktilné), prítomné konfabulácie, nemožnosť rozoznania skutočnosti od svojich predstáv, výrazná excitácia, nesprávna identifikácia, poruchy krátkodobej a strednodobej pamäte;
- telesné príznaky – afázia, inkontinencia, tremor, ataxia, dysartria, dysfágia, dysgrafia, mydriáza, sčervenanie tváre, tachykardie, kolísanie krvného tlaku, nevoľnosť, zvracanie;
- poruchy chovania – nepokoj, hyperaktivita, agresivita, nespavosť, stuporózný stav, letargia, apatia, hypoaktivita (Praško a kol., 2013, s. 198-199).

Delirantné stavy majú často krátke trvanie, avšak môžu trvať i niekoľko dní s tendenciou opakovania sa (Krombholz, 2015, s. 199).

2.5 Etiopatogenéza delíria

Etiológia delírií je z mnohých prípadov multifaktoriálna. Delirantný stav sa rozvinie ako komplikácia odvykacieho stavu asi u 5 % pacientov (Pilch, 2011, s. 153). Pri odhalení etiológie si všimame rovnako aj nápadností pacienta, ktoré môžu byť:

- vzhľad pacienta – zanedbaný vzhľad, chrup, hematómy po tele, plávajúce oči, začervenanie v tvári;
- chovanie pacienta – podráždenie, agitovanosť, emočná labilita, ľútosť;
- laboratórne vyšetrenia – toxikologické, ako jednoznačné určenie abúzu, patológia vo výsledkoch pečenevých testov, hypoglykémia, ketóza, hypokalémia, hyperurikémia;

- foetor alcoholicus – zápach alkoholu z úst, ktorý sa pacienti často snažia zakryť;
- iné vyšetrenia dokazujúce abúzus alkoholu – hepatopatia, pankreatopatia, neuropatie, poruchy glukózovej tolerancie, kardiomyopatia, vegetatívne poruchy (Pecinovská, 2011, s. 317).

Avšak príčinou okrem odňatia alkoholu a odvykacieho stavu, môže byť i pridružená somatická problematika. Rizikové faktory, ktoré delírium vyvolávajú možno rozdeliť do troch skupín, a to nasledovne:

- intrakraniálne príčiny – nádory, kraniocerebrálne poranenia, demencia, neuroinfekcie, cievne mozgové príhody, epilepsia;
- extrakraniálne príčiny – infekcie, metabolické ochorenia, kardiovaskulárne poruchy, respiračné poruchy, nutričný stav, pooperačné stavy, toxické stavy;
- primárne psychogénne príčiny – delirantné formy mánie, schizoafektívne poruchy, depresívne epizódy, následky akútnych stresových situácií, adaptačné delíriá (Praško a Látalová, 2013, s. 197; Krombholz, 2015, s. 198).

2.6 Diagnostika delíria

Diagnostika delíria môže byť niekedy veľmi náročná, najmä ak sa jedná o hypoaktívnu formu delirantného stavu. Počas delíria dochádza k meniacej sa intenzite príznakov. U pacienta si všimame porušenie kognitívnych funkcií, kedy dochádza k narušeniu myslenia (formálneho a obsahového), často doplnené o halucinácie, ilúzie a bludy. Psychomotorika môže byť buď hyperaktívna, kedy má pacient tendencie odchádzať z lôžka, ťahať si za katétry, kanyly, infúzne hadičky, alebo psychomotorika spomalená – pacient je spavý, často až neprebudný. U pacientov v delíriu dochádza k inverzii denného rytmu a afektívite. Takýto pacient je nie len nebezpečný pre seba, ale i pre svoje okolie. (Pokorná a kol., 2013, s. 88; Šefránek, 2012, s. 17-18).

Pri fyzikálnom vyšetrení môžeme vidieť pavúčkové névy, ikterus, hematómy, opuchy, ascites, malnutríciu, polyneuropatie (Lukáš a Žák, 2015, s. 30; Pecinovská, 2011, s. 319). U pacienta v delíriu si všimame rovnako i pridružených komplikácií ako sú:

- systolický tlak nižší než 90 mm Hg;
- diastolický tlak vyšší než 120 mm Hg;
- tachykardie;

- tachypnoe;
- bolesť;
- febrílne stavy;
- mydriáza;
- chrapoty na pľúcach;
- kŕče;
- infekcie;
- iontová dysbalancia.

Dôležité je sledovať celkový stav pacienta, čo znamená úpravu polohy, lôžka, vzduchu v miestnosti, úroveň hygieny, elimináciu akýchkoľvek rušivých podnetov, tak aby sa pacient cítil čo najviac komfortne (Pecinovská, 2011, s. 318).

Pomocné vyšetrovacie metódy pomáhajú v diagnóze delirantných stavov len čiastočne. Podstatou pri jeho diagnóze je zistenie somatickej poruchy, ktorá mohla viesť k samotnému rozvoju delirantného stavu. Diagnostiku možno vždy doplniť o laboratórne vyšetrenie, či už biochemické, hematologické, alebo kultivačné (Kalvach, Zadák, Jiráček, Zavázalová, Sucharda a kol., 2004, s. 262).

2.6.1 Diferenciálna diagnostika

Pri diferenciálnej diagnostike je nutné odlišiť delírium tremens od iných delirantných stavov:

- delírium – ľahko odhalíme v prípade, že v laboratórnych odberoch je v krvi prítomný alkohol. V prípade intoxikácie inými substanciami vyjde pozitívny výsledok toxikológie (benzodiazepíny, amfetamíny, opiáty). Dôležitý je odber anamnézy od samotného pacienta, či jeho blízkej rodiny;
- delírium organické – vyskytuje sa u pacientov vyššieho veku, v anamnéze sú prejavy demencie už pred hospitalizáciou a chýba anamnéza alkoholu;
- delírium somatickej príčiny – krvácanie do mozgu, kranio cerebrálne poranenia, pooperačné stavy, traumy;
- alkoholická halucinóza, psychózy – pri tomto type chýba odvykací stav (Pilch, 2011, s. 153).

2.7 Liečba delíria

Liečba delíria vo väčšine prípadov vyžaduje komplexný a zložitý prístup, za spolupráce lekárov z mnohých odborov – psychiater, neurológ, internista. Liečbu delíria môžeme rozdeliť na nefarmakologickú a farmakologickú (Jiráček, Holmerová, Borzová a kol., 2009, s. 33).

2.7.1 Nefarmakologická liečba

Prvým krokom by mala byť vždy samotná prevencia delíria. To znamená eliminácia všetkých možných rušivých a delírium vyvolávajúcich momentov (farmakoterapia, dehydratácia, rušivé prostredie apod.). V prípade, že k delíriu u pacienta už došlo snažíme sa po príčine pátrať, eliminovať a odstrániť ju – napríklad doplnením laboratórnych parametrov, RTG vyšetrením. Nutnosťou je monitorovanie základných fyziologických funkcií pacienta, sledovanie príjmu a výdaja tekutín, zaistenie bezpečného prostredia bez rušivých elementov, časté kontrolovanie pacienta, používanie individuálneho nočného osvetlenia, dôležitá je starostlivosť o bolesť pacienta, ktorá môže byť hlavným spúšťáčom samotného delíria. Rovnako sa snažíme eliminovať časté zmeny personálu, ktorý sa o pacienta stará (Pavlovský a Raboch, 2013, s. 204; Jiráček, Holmerová, Borzová a kol., 2009, s. 145).

Jedným z hlavných cieľov v liečbe delíria je včasná mobilizácia pacienta. Rovnako dôležitý je i kontakt pacienta s okolitým svetom – rodinou, príbuznými. Pacient by mal byť zdravotníckym personálom o všetkých krokoch liečby počas hospitalizácie jasne informovaný (Krombholz, 2015, s. 201).

2.7.2 Farmakologická liečba

Podporným mechanizmom je symptomatologická liečba, spravidla spočíva v aplikovaní sedatívnej medikácie. Avšak, tento postup nerieši samotnú príčinu, ktorá delirantný stav u pacienta vyvolala. Farmakologická liečba je vždy zahájená v tom prípade, že nefarmakologická terapia nie je dostatočne účinná a stav delíria naďalej pretrváva (Topinková, 2006, s. 294).

Pred samotnou aplikáciou je vždy nutné zhodnotiť či pacient skutočne medikamentóznou liečbu vyžaduje a zvážiť jej predpokladaný efekt liečby proti rizikám. Pred nasadením medikácie sa nesmie zabudnúť na zistenie kvalitnej liekovej anamnézy pacienta. V prípade,

že odber anamnézy od pacienta nie je smerodajný, je potrebné získať informácie od najbližšej rodiny, či praktického lekára pacienta (Ambler, 2009, s. 184).

Prvým vybraným liekom pri tlmení psychomotorického nepokoja je v mnohých prípadoch clomethiazol alebo benzodiazepíny (diazepam, oxazepam, apaurin). Obvykle sa podáva prvá dávka diazepam (10-20 mg) intramuskulárne, následne sa môže pokračovať v podávaní diazepam parenterálnym alebo perorálnym spôsobom (40-80 mg denne), čo záleží na celkovom stave pacienta a jeho schopnosti spolupráce. Využiť možno i liečbu oxazepamom (80-120 mg denne), či clomethiazolu (2,4-4,8 g denne). Ďalšou možnosťou liečby psychomotorického nepokoja je podávanie tiapridu (600-1200 mg denne), avšak s nevýhodou výskytu extrapyramídových nežiadúcich účinkov a kardiovaskulárnych nežiadúcich účinkov (Šefránek, 2012, s. 20).

Haloperidol bol v minulosti liekom prvej voľby, avšak v súčasnosti sa v terapii delíria nepreferuje, kvôli jeho negatívnym účinkom. Pacient môže byť ohrozený rizikom parkinsonského poliekového syndrómu, a rovnako má i negatívny účinok na činnosť srdca, kedy tento liek spôsobuje predĺženie Q-T intervalu a blokuje ionové kanály I. (Kaliská, 2003, s. 163).

Liečba spočíva i v podávaní hepatoprotektív, vitamínov, korigovaní prípadnej hypoglykémie, hypokalémie, či inej iontovej dysbalancie. Po odoznení odvykacieho stavu a následného obnovenia kontaktu s pacientom je potrebné motivovať pacienta k odvykacej liečbe (Pečeňák, 2011, s. 309).

2.7.3 Reštriktívne postupy

V mimoriadnych situáciách pri výskyte silného delíria je v niektorých prípadoch nutné použiť voči pacientovi reštriktívne postupy za účelom jeho fyzického obmedzenia. Sú to situácie, kedy je pacient veľmi nepokojný, agitovaný, agresívny voči sebe alebo personálu a situáciu nie je možné zvládnuť inak než s prístupom aplikácie obmedzovacích prostriedkov (Raboch a kol., 2006, s. 152).

Vždy je nutné dbať na prevenciu možných komplikácií, ktoré môžu s použitím reštriktívnych prostriedkov nastať. Zvýšená pozornosť je venovaná prevencii poranenia pacienta, či personálu v momente obmedzovania pacienta, ďalej prevencii poranenia pacienta spôsobená priveľkým utiahnutím popruhov, alebo ich nedostatočným vypodloženým a kontrolou personálu. Počas tejto komplikácie môže dôjsť k poruche prekrvenia, inervácii, či vznik trombózy. Najčastejšou komplikáciou je vznik odreniny,

či strhnutie kože pacienta. Pacientovi by mal byť zaistený optimálny tepelný komfort, aby nedošlo k prechladnutiu. Ošetrovateľský personál pacientovi venuje zvýšenú starostlivosť, kontrolu a dohľad. Dbá o jeho základné potreby – hydratácia, nutriícia, kontrola vedomia, dôkladná hygienická starostlivosť, zaistenie komfortnej polohy, čistoty a suchosti lôžka a posteľnej bielizne, prevenciu vzniku odrenín, dekubitov, zaparenín, snaha o zlepšenie psychického naladenia, rešpekt a dôstojnosť k pacientovi (Petr a kol., 2014, s. 113-115).

Obecné zásady aplikácie reštriktívnych postupov:

- stanovanie maximálnej doby obmedzenia s nutnosťou následného posúdenia stavu lekárom;
- sestra nesie zodpovednosť za správnu aplikáciu obmedzovacích prostriedkov a zaistenie komplexnej ošetrovateľskej starostlivosti;
- pre obmedzenie pacienta je dôležitý dostatočný počet personálu;
- oddelenie by malo disponovať s vypracovaným postupom, ktorým je možné v čo najkratšom časovom úseku zaistiť nutný počet personálu pri zvládnutí nepokojného pacienta (Petr a kol., 2014, s. 116).

Celý proces aplikácie obmedzovacích postupov musí byť dôkladne zdokumentovaný:

- stav pacienta, dôvody využitia obmedzenia;
- čas počiatku obmedzenia;
- výsledky priebežného sledovania a hodnotenia stavu pacienta;
- vykonávané ošetrovateľské úkony;
- návštevy pacienta;
- čas ukončenia obmedzenia a zhodnotenie stavu pacienta (Petr a kol., 2014, s. 117).

2.8 Komplikácie delíria

Delírium negatívne ovplyvňuje pacienta po všetkých stránkach a to či už z krátkodobého, alebo dlhodobého hľadiska. Delirantný stav výrazne predlžuje hospitalizáciu pacienta v nemocnici a zvyšuje riziko mortality. Pacienti sú ohrození sebapoškodením, ako najväčšie riziko možno považovať pád pacienta. Rizikovým faktorom komplikácie delíria je rovnako i možný vznik infekcie, keďže počas delirantného stavu dochádza k ohrozeniu všetkých invazívnych vstupov, a tým dochádza k ich opakovanému prekanylovaniu, reintubácii,

či znovu zavádzaniu permanentných močových katétrov. Ďalej je pacient ohrozený možným vznikom dekubitov, imobilizačného syndrómu, aspiračnej pneumónie a rovnako i poruchou výživy a v neposlednej rade dehydratáciou. Komplikácie delíria môžu byť rovnako i dlhodobé. Delírium tremens môže progredovať až do komatického stavu, amnestického syndrómu, či demencie (Čerňanová, 2010, s. 98).

2.9 Prevencia delíria

Delírium je definovaný ako predvídateľný stav, ktorému je možné správnou prevenciou predísť, alebo aspoň zmierniť jeho priebeh a dĺžku trvania. Preto je nutné v anamnéze a laboratórnych odberoch po abúze alkoholu pátrať. V prípade potvrdenia abúzu alkoholu je potrebné pacientov zvýšene sledovať a včasne zahájiť liečbu pri rozvíjajúcom sa odvykacom stave. Správnou prevenciou sa viditeľne znižuje dĺžka hospitalizácie pacientov a rovnako aj ich rekonvalescencia (Hůlek, Urbánek a kol., 2018, s. 367; Calvo-Ayala & Khan, 2013, s. 23-32).

II. PRAKTICKÁ ČASŤ

3 METODIKA KVALITATIVNEHO VÝSKUMU

3.1 Ciele výskumu

Hlavným cieľom je zistiť ako delirantný stav alkoholovej etiológie vplýva na kvalitu liečby v traumatológii.

Čiastkový cieľ č. 1: Zistiť ako delirantný stav vplýva na dĺžku hospitalizácie pacienta.

Čiastkový cieľ č. 2: Zistiť, ako delirantný stav vplýva na mobilizáciu pacienta.

Čiastkový cieľ č. 3: Stanoviť ošetrovateľské diagnózy spojené s delirantným stavom pacientov podľa priority.

3.2 Charakteristika respondentov

Cieľová skupina pre výskum boli hospitalizovaní pacienti s delirantným stavom, v anamnéze s abúzm alkoholu a traumatologickou lekárskou diagnózou. Dôležitým kritériom bolo, že pacienti musia byť ochotní zapojiť sa do výskumu technikou priameho pozorovania.

Výskumu sa zúčastnilo 5 pacientov, ktorí pred zaradením do výskumu podpísali Informovaný súhlas účastníka výskumu (viď Príloha III).

3.3 Organizácia výskumu

Zber informácií prebiehal v období od 1. 11. 2020 do 16. 4. 2021 na Klinike úrazovej chirurgie vo Fakultnej nemocnici Brno, a to po schválení zberu dát (viď Príloha I a II). V bakalárskej práci sa najskôr venujeme popisu anamnézy pacientov, kde popisujeme celkový somatický a psychický stav pri prijatí na oddelenie úrazovej chirurgie. Postupne popisujeme priebeh hospitalizácie, čo znamená i zmeny zdravotného stavu pacientov. Vyhodnocujeme, ako delirantný stav ovplyvnil hospitalizáciu pacientov a určujeme ošetrovateľské diagnózy.

3.4 Spôsob získavania informácií

Informácie pre bakalársku prácu sme získavali pozorovaním pacienta. Používali sme pozorovanie priame, ktoré prebieha aktuálne a je v ošetrovateľskom výskume najčastejšie. Ďalšie potrebné informácie sme získavali zo zdravotníckej dokumentácie pacienta.

Popis pozorovacieho archu

Pozorovací arch slúži k zaznamenávaniu celkového stavu pacienta. V pozorovacom archu zaznamenávame zdravotný stav pacienta pri prijme, ktorý zahrňuje anamnézu pacienta (rodinná, osobná, farmakologická, alergická, sociálna, abúzy), výživu, sebestačnosť, spoluprácu, fyziologické funkcie, bolesť, kompenzačné pomôcky, spánok, vyprázdňovanie, dutinu ústnu, invazívne vstupy, predoperačné vyšetrenia, lekárske diagnózy. Ďalej zahrňuje priebeh hospitalizácie a priebeh delirantného stavu (viď Príloha V).

3.5 Kazuistika

Kazuistika alebo prípadová štúdia je ucelená a podrobná štúdia danej osoby, ktorú chce výskumník pozorovať. Rovnako ju možno charakterizovať ako intenzívnu metódu s dôrazom na celkový pohľad na príznaky, vývoj, okolnosti, ochorenia, zážitky, postoje a charakteristiky jedinca. Prípadová štúdia prehľbuje výsledky kvantitatívneho výskumu pomocou získavania kvalitatívnych údajov.

Kazuistika zdôrazňuje komplexnosť daného prípadu v súvislosti s oblasťami života účastníka výskumu. Predstavuje miesto pre hľadanie, popis, vysvetľovanie vplyvu rôznych faktorov a súvislostí daného prípadu. Zdrojom informácií pre realizáciu kazuistiky môže byť samotný klient, zdravotná dokumentácia, príbuzní, od zdravotníckeho personálu alebo vlastným pozorovaním. Prípadová štúdia sa skladá z nasledujúcich štruktúr: anamnéza, katamnéza, analýza, interpretácia, diskusia a záver.

Kazuistika má vo výskume a ošetrovatelstve široký význam, jedným najvýznamnejším významom je využitie pre prax, ako riešenie vzniknutých problémov, prípadne využitie vo výuke, ako simulácia reality (Kutnohorská, 2009, s. 77-79).

3.6 Pozorovanie

Pozorovanie je jedna z techník kvalitatívneho výskumu, ktorá je charakteristická cieľavedomým a zámerným sledovaním určitých javov. Kvalita pozorovania sa odvíja od niekoľkých faktorov, a to napríklad od stupňa informovanosti o sledovanom jave, schopnostiach pozorovateľa a prípadne využitých pomôckach pri pozorovaní javu. Najčastejším typom pozorovania je pozorovanie priame, avšak v iných technikách možno využiť i pozorovania nepriameho. Dôležitým krokom pred samotným zahájením pozorovania je určenie si cieľov, času, daného javu, ktorý bude v ohnisku pozorovania a akou formou budú výsledky zaznamenávané. Hlavným cieľom pozorovania je dosiahnutie

čo najobjektívnejšej charakteristiky daného javu. Pozorovanie sa zaraďuje do techník časovo náročnejších, a rovnako vyžaduje zvláštne schopnosti a zručnosti, a to:

- schopnosť rýchleho adaptovania sa;
- schopnosť vžiť sa do príslušnej role;
- schopnosť introspekcie;
- zachovanie objektívneho prístupu;
- zvládnutie pomôcok;
- schopnosť zvládnuť náročnejšie situácie.

Techniku pozorovania možno rozdeliť na:

- priame a nepriame pozorovanie;
- zúčastnené a nezúčastnené pozorovanie;
- skryté a zjavné pozorovanie (Kutnohorská, 2009, s. 35-36).

4 KAZUISTIKA RESPONDENTA Č. 1

Prvá kazuistika sa zaoberá pacientom, ktorý bol 2. 12. primárne prijatý na oddelenie chirurgickej kliniky spádovej nemocnice a nasledujúci deň (3. 12.) na základe nutnej operačnej liečby fraktúry krčnej chrbtice prijatý na oddelenie úrazovej chirurgie.

4.1 Anamnéza respondenta č. 1

Anamnéza pacienta pri prijíme na oddelenie	
Termín hospitalizácie	3. 12. 2020 – 28. 12. 2020
Rok narodenia	1951
Rodinná anamnéza	Matka zomrela pred 20 rokmi na rakovinu, Otec zomrel pár rokov pred matkou na srdcovú príhodu.
Osobná anamnéza	Chronická fibrilácia predsiení; Hypertenzia; Chronický ethylik; Stav po opakovaných pádoch v ebriete.
Alergická anamnéza	Bez alergií.
Farmakologická anamnéza	Concor 5 mg 1-0-0; Digoxin 0,125 mg 1-0-0; Magnosolv 1-0-0; Kalnormin 1 g 1-0-0.
Sociálna anamnéza	Pacient pred starobným dôchodkom pracoval ako robotník. Žije s manželkou v rodinnom dome. Majú 2 dcéry, ktoré sú osamostatnené.
Abúzy	Fajčenie – nefajčí.

	Alkohol – denne vypije asi 10 pív, alebo 2– 3 l vína.
Hlavné lekárske diagnózy pri prijme na oddelenie	
<p>Fraktúra tela C₅ a oblúku C₆;</p> <p>Subarachoidálne krvácanie temporobazálne vľavo;</p> <p>Pneumoorbita vpravo;</p> <p>Fraktúra mediálnej steny očnice vpravo;</p> <p>Fraktúra distálneho rádia vpravo;</p> <p>Infrakcia krčku lopatky vľavo.</p>	
Ošetrovateľská anamnéza pri prijme na oddelenie	
Fyziologické funkcie	<p>Tlak krvi (TK) 130/85 mm Hg;</p> <p>Pulz (P) 95/min.;</p> <p>Dych (D) 12/min.;</p> <p>Telesná teplota (TT) 36,8°C;</p> <p>Saturácia krvi kyslíkom (SpO₂) 95 % bez oxygenoterapie.</p>
Vedomie	<p>Pacient pri vedomí.</p> <p>Glasgow Coma Scale (GCS) 15 bodov.</p>
Zornice	Izokorické, fotoreakcia fyziologická.
Spolupráca	Spolupracuje.
Dýchanie	Fyziologické, spontánna ventilácia.
Spánok	Pravidelný.
Bolesť	Vizuálna analógová škála (VAS) 5.
Sebestačnosť	Barthelovej test 25 bodov.
Používané pomôcky	Okuliare.
Výživa a hydratácia	Váha 78 kg;

	Výška 177 cm; Body Mass Index (BMI) 24,90.
Vyprázdňovanie moču a stolice	Kontinentný. Posledná stolica 1. 12. 2020.
Koža	Suchá, pacient v tvári začervenaný.
Dutina ústna, chrup	Začervenané ďasná, zápach z úst, dutina ústna zanedbaná. Bez protéz.
Invazívne vstupy	Pri prijme bez zavedených invazívnych vstupov.
Diagnostické vyšetrenia	
Laboratórne vyšetrenia krvi; Elektrokardiografia (EKG); Röntgenologické vyšetrenie srdca + pľúc (RTG S+P); Interné predoperačné vyšetrenie; Anesteziologické premedikačné vyšetrenie.	

Tabuľka 1 Anamnéza kazuistiky č. 1

4.2 Katamnéza respondenta č. 1

Pacient bol preložený na oddelenie JIS úrazovej chirurgie (3. 12.) z chirurgickej kliniky, kde bol hospitalizovaný počas jedného dňa (2. 12.) z dôvodu pádu doma zo schodov v ebriete 2,5 ‰. Preložený na základe nutnosti operácie krčnej chrbtice pre fraktúru krčnej chrbtice segmentu C₅.

1. týždeň hospitalizácie (3. 12. – 9. 12.): pacient bol uložený na lôžko, napojený na monitor fyziologických funkcií (FF) a bol zoznámený s chodom oddelenia. U pacienta prebehlo vyšetrenie sestrou (odber ošetrovateľskej anamnézy) a vyšetrenie lekárom, ktorý pacientovi dôvody a postupy hospitalizácie vysvetlil a poučil ho.

Pri prijme bol pacient orientovaný, GCS 15 bodov, spolupracoval, komunikoval, bez známok počínajúceho odvykacieho stavu. Monitorovanie FF – TK, P, D, TT, SpO₂. Pri prijme nutnosť zaistenia PŽK. Realizácia EKG a odber kompletných krvných odberov, ktoré boli fyziologické, okrem mierne zvýšených pečňových testov. Pre subarachnoideálne krvácanie realizovaná kontrola zorníc á 1 hodinu – izokória; monitorovanie príjmu a výdaja tekutín a FF. Pri prijme mal na zaistenie krčnej chrbtice nasadený krčný golier stiffneck, kde u nás prebehla výmena za krčný golier Philadelphia s vypodložením miest s rizikom možného otláčenia kože (longety + mepilex). Pacient bol polohovaný na boky, predilekčné miesta vypodložené, ako prevencia trombembolickej choroby nasadené bandáže dolných končatín s vypodložením cellonou. Pravá ruka vypodložená na vankúši – končatina bez neurocirkulačných zmien. Pacient počas dňa pospáva. Perorálny príjem mal pacient povolený a dostatok tekutín si upil sám.

Farmakologická terapia:

Názov medicíny	Spôsob podania	Dávkovanie	Lieková skupina
Helicid 40 mg + 100 ml Fyziologický roztok (FR)	Intravenózne	1-0-1 á 12 hod	Antiulcerózum, inhibitor protónovej pumpy
Dicynone 250 mg	Intravenózne	1-1-1-1 á 6 hod. (do 9. 12. 2020)	Hemostiptikum
Furosemid 10 mg/ml	Intravenózne	Podľa ordinácie lekára a bilancie tekutín	Diuretikum
Novalgin 1 g	Intravenózne	1-1-1 á 8 hod.	Analgetikum, antipyretikum
Paracetamol	Intravenózne	1-1-1 á 8 hod.	Analgetikum, antipyretikum
Amoksiklav 1,2 g	Intravenózne	1-1-1 á 8 hod.	Antibiotikum

Amiodaron 300 mg + 250 Glukóza 5%	Intravenózne	Rýchlosť (R): 125 ml/hod., podľa ordinácie lekára	Antiarytmikum
Ebrantil 50 mg + 45 ml FR	Intravenózne	R: 4 ml/hod., podľa ordinácie lekára	Antihypertenzívum
Betaloc 5 mg + 15 ml FR	Intravenózne	Podľa ordinácie lekára	Antihypertenzívum, selektívny beta- blokátor
Solumedrol 40 mg + 100 ml FR	Intravenózne	1-0-0, podľa ordinácie lekára	Glukokortikoid, hormón
Egilok 25 mg	Do nasogastrickej sondy (NGS)	Podľa ordinácie lekára	Antihypertenzívum, selektívny beta- blokátor
Diazepam 5 mg	Perorálne	0-0-0-1 o 22:00	Antipsychotikum
Biopron	Perorálne	1-0-1 á 12 hod.	Probiotikum
Kalium chloratum 500 mg	Perorálne	Podľa hodnoty Kália a ordinácie lekára	Minerál
Lexaurin 1,5 mg	Perorálne	30 min. pred operačným výkonom	Anxiolytikum
Ocu-flash kvapky	Do očí	1-1-1 á 8 hod.	Očný roztok

Atrovent 20 ug	Nebulizácia, inhalácia	1-1-1 á 8 hod.	Bronchodilatans
Fraxiparine 9500 IU/0,3 ml	Subkutánne	0-0-1 o 20:00 (od 6. 12. 2020)	Nízkomolekulárny heparín (LMWH), antikoagulanacium
Ringerfundin (RF) 1000 ml	Intravenózne, kontinuálne	R: 100 ml/hod., podľa ordinácie lekára a bilancie tekutín	Infúzny roztok, elektrolyt
SmofKabiven Peripheral 1904 ml	Intravenózne, kontinuálne	R: 80 ml/hod.	Infúzna emulzia na parenterálnu výživu
Nutrison Multi Fibre 1500 ml	Do NGS	R: 20 ml/ hod. (navyšovanie podľa tolerancie), nočná pauza 24:00 – 6:00	Celková výživa – potraviny pre zvláštne lekárske účely

Tabuľka 2 Farmakologická terapia kazuistiky č. 1

2. – 4. deň: nasledujúce dni bol pacient bez zmeny zdravotného stavu a medikácia bola predĺžená. Pre pacienta bol objednaný Vista krčný golier, a to pre väčší komfort pacienta.

5. deň: U pacienta sa začínal prejavovať psychomotorický nepokoj v nočných hodinách, GCS 14 bodov, dezorientovaný miestom a časom. Pacient komunikoval, avšak snažil sa stále odchádzať z lôžka, tvrdil, že musí ísť do práce, a že zaspal. I po vysvetlení zdravotníckym personálom, kde je a čo sa mu stalo, mal stále tendencie odchádzať. Nutné bolo použitie obmedzovacích prostriedkov horných končatín (miesta pod úväzkami boli vždy vypodložené a pravidelne kontrolované prekrvenie a inervácia končatín). Pacient stále hýbe rukami, snaží sa z úväzkov vymaniť, oči má uprené na strop a stále pokračuje v komunikácii s rôznymi osobami. Vykrikuje, volá rôzne mená a vedie s nimi komunikáciu. Počas dňa

niekoľkokrát pacient padol do útlmu a zaspal. Avšak prebúda sa vždy dezorientovaný. V tomto štádiu prijímal len obmedzené množstvo tekutín. Tekutiny odmietal a v prípade, že sa napil následne tekutiny vyplŕul na personál s vulgárnymi poznámkami. U pacienta bola zaistená komplexná ošetrovateľská starostlivosť. Polohovanie u pacienta nebolo možné z dôvodu použitia úväzkov, avšak vykonávaná pravidelná kontrola a premazávanie pokožky. Psychomotorický nepokoj a dezorientácia pokračovala i počas noci, kedy sa stav zhoršoval, pacient po celej miestnosti vykrikoval, pátral po pive v „*hospode*“ a chcel sa ho napiť. Viedol komunikáciu, bol rozčúlený a nadával.

6. deň: ráno sa pacient prebudil do kontaktu, orientovaný, GCS 15 bodov, komunikoval, cítil sa unavene, na delírium si nepamätal. Počas celého dňa bol pacient orientovaný, čo pokračovalo i siedmy deň. Ráno bola zaistená hygiena pacienta, miesta pod krčným golierom kontrolované, vypodložené, starostlivosť o invazívne vstupy, ktorých pravidelná kontrola a prekanylovávanie podľa klasifikácie tiaže flebitis podľa Madona (MAD) a dĺžky jej zavedenia. Starostlivosť o PMK a bilanciu tekutín.

7. deň: realizácia internej predoperačnej prípravy k operácii fraktúry krčnej chrbtice na nasledujúci deň. Pacient bez zmeny zdravotného stavu, pokračovalo sa v zavedenej terapii.

8. deň/0 pooperačný deň: ranné odbery – biochemické parametre v norme, krvný obraz pokles hemoglobínu – 89 g/l – na základe ordinácie lekára sa podala transfúzia – bez komplikácií. FF v norme, prebiehala predoperačná starostlivosť. Po operačnom výkone bol pacient privezený späť na oddelenie a zaistená pooperačná starostlivosť. Pacient po operácii pospával. Na operačnej sále bola zavedená NGS a do operačnej rany bol zavedený Redonov drén (RD) s podtlakom. Operácia fraktúry krčnej chrbtice prebehla z predného prístupu, preto pacient nesmel prijímať nič per os nasledujúce tri dni. Vykonávaná dôkladná toaleta dutiny ústnej, zvlhčovanie pier. NGS 0. pooperačný deň na spád a zaistená parenterálna terapia.

9. deň/1. pooperačný deň: pacient sa ráno prebudil orientovaný, GCS 15 bodov a spolupracujúci. V tento deň bola zahájená výživa do NGS – Nutrison Multi Fibre 20 ml/hod. s cieľovou dávkou 80 ml/hod. Pacient výživu toleroval, á 4 hod. bola NGS podaná na spád na 15 min., avšak bez odpadu. Preto sa výživa po 6 hod. navýšila o ďalších 20 ml/hod. Následne prebehla ďalšia kontrola tolerancie výživy pacienta a došlo k cieľovej dávke výživy. Starostlivosť o bolesť, invazívne vstupy, operačnú ranu, NGS, hygienu a polohovanie pacienta.

10. deň: došlo k opätovnej zmätenosti, silnému psychomotorickému nepokoju, vulgárnosti, brachiálnemu napadaniu personálu, preto bolo nutné použiť obmedzovacie prostriedky. Pacient vulgárne vykrikoval, snažil sa dostať z postele. Podľa ordinácie lekára bola pacientovi nasadená sedatívna terapia Tiapridalom i.v.

2. týždeň hospitalizácie (12. 12. – 18. 12.): jedenásty deň upacienta došlo k ukončeniu delirantného stavu, v tento deň rovnako prebehol Gugging and Swallowing Screen (GUSS) test, ktorý prebehol úspešne a u pacienta sa začalo s perorálnym zaťažovaním, ktoré toleroval a preto mohla byť NGS extrahovaná. RD kvôli nízkemu odpadu bol tiež extrahovaný. Pätnásty deň bola snaha o preklad pacienta do spádovej nemocnice. Vykonaný ster na COVID-19 – negatívny. Prevedený kontrolný RTG snímok krčnej chrbtice, kde došlo k oddialeniu porcie dlahy od prednej kontúry stavcov pri uvoľnení šróbu z tela C₆. Preto bolo nutné predĺženie hospitalizácie a reoperácia predchádzajúcej operácie. Operácia prebehla sedemnásty deň, a to bez komplikácií. U pacienta bola znovu zavedená NGS, takže opätovne nebol žiaden príjem per os možný, a to až do GUSS testu za tri dni. Pooperačne sa opäť dostávajú príznaky delíria.

3. týždeň hospitalizácie (19. 12. – 25. 12.): devätnásty deň sa u pacienta dostavilo hypoaktívne delírium, dezorientácia, kedy mal oči uprené na strop, na otázky personálu odpovedal len áno/nie. Nasledujúci deň došlo k úprave zdravotného stavu, avšak pacient bol stále dezorientovaný. Zrealizovaný GUSS test, ktorý prebehol úspešne, NGS a RD extrahované.

4. týždeň hospitalizácie (26. 12. – 28. 12.): u pacienta pretrvávalo hypoaktívne delírium, pacient počas celých dní pospával, v noci dochádzalo najmä ku hyperaktívnej forme. Na strope videl rôzne obrazy, situácie a ľudí, s ktorými komunikoval. Pacienta bolo nutné odsávať z úst, pretože nebol schopný odkašľaný sekrét vyplúť. Uskutočnená bola bronchoskopia, kde záverom bola ťažká dysfágia a pacient nesmel žiaden perorálny príjem. Snaha o zavedenie NGS (otorinolaryngologický tím), avšak neúspešne, preto bolo doporučené anesteziologické konzílium, ktoré odporučilo realizáciu perkutánnej endoskopickej gastrostómie (PEG). Na základe konzílií boli odporučené dávky Syntophyllinu, nebulizácie Atroventu a Solumedrol na dva dni. Pacient bol dovtedy na parenterálnej výžive – SmofKabiven Peripheral. Realizácia zavedenia PEG-u. U pacienta došlo k hypertenznej kríze – TK 200/120 mm Hg, podľa ordinácie lekára podaný Ebrantil i.v. ktorý bol s efektom. Avšak stav pacienta bol komplikovaný fibriláciami predsiení, kedy i po podaní Amiodaronu i.v. nedošlo k úprave, a preto bol podaný Betaloc i.v. – s úpravou

TK i P. Interné konzílium odporučilo podávanie Egiloku do PEG-u. V ďalších dňoch bol pacient zaťažovaný enterálnou stravou, ktorú toleroval. Dňa 28. 12. 2020 bol pacient prepustený do spádovej nemocnice, kedy u pacienta stále pretrvávala dezorientácia miestom a časom, GCS 14 bodov a pacient bol skôr apatický a na otázky odpovedal nejasne. Najbližšia osoba podľa Súhlasu s podávaním informácií o zdravotnom stave bola informovaná ošetrojúcim lekárom.

Súhrn hospitalizácie: pacient bol na oddelenie úrazovej chirurgie prijatý z dôvodu nutnosti operácie fraktúry krčnej chrbtice. U pacienta bola zahájená komplexná ošetrovateľská a lekárska starostlivosť. V čase prijmu a následných päť dní hospitalizácie bol pacient plne orientovaný, avšak piaty deň hospitalizácie došlo opätovne k delíriu, ktorý vyžadoval použitie obmedzovacích prostriedkov a sedatívnu terapiu. Kvôli nedodržaniu pooperačného režimu a pretrvávaniu delíria bola nutná reoperácia fraktúry C₅, čo značne predĺžilo jeho hospitalizáciu. Následnou komplikáciou bola ťažká dysfágia a nutnosť zavedenia PEG-u. Počiatky delíria prebiehali v hyperaktívnej forme s psychomotorickým nepokojom, postupne dochádzalo k hypoaktívnej forme, kedy mal pacient tendencie zaspávať, neudržiaval pozornosť, neadekvátne odpovedal. Delirantný stav pacienta neovplyvnil len na dĺžke hospitalizácie, ale i na nemožnosti pooperačnej vertikalizácie, kedy pacient nebol schopný spolupracovať a brachiálne napadal personál. K vertikalizácii pacienta počas hospitalizácie vôbec nedošlo a hospitalizácia pacienta sa predĺžila cca o 16 dní.

Súhrn ošetrovateľskej starostlivosti: u pacienta boli stanovené ošetrovateľské diagnózy, ciele a realizácia ošetrovateľského plánu. Po celú dobu hospitalizácie bola nutná komplexná ošetrovateľská starostlivosť. Realizovaná starostlivosť o dutinu ústnu. Hygiena pacienta bola zaisťovaná, buď to na lôžku pacienta alebo na kúpacom lôžku v sprche. Starostlivosť o pokožku, udržiavanie čistej posteľnej bielizne, zaistenie prevencie trombembolického ochorenia, polohovanie pacienta ako prevencia dekubitov, realizovanie starostlivosti o invazívne vstupy a operačnú ranu. Monitorovanie FF a zorníc, starostlivosť o vyprázdňovanie a o hydratáciu a výživu.

Ošetrovateľské diagnózy podľa NANDA I. (Herdman a Kamitsuru, 2020):

Názov ošetrovateľskej diagnózy	Doména	Trieda
Ošetrovateľské diagnózy súvisiace s delirantným stavom		
Akútna zmätenosť (00128)	5	4

Riziko násilia voči druhým (00138)	11	3
Riziko dysbalancie elektrolytov (00195)	2	5
Deficit sebastarostlivosti (00108, 00109, 00102, 0110)	2	5
Riziko periférnej neurovaskulárnej dysfunkcie (00086)	11	2
Riziko imobilizačného syndrómu (00040)	11	2
Predĺženie pooperačného zotavenia (00100)	11	2
Riziko zhoršenej funkcie pečene (00178)	2	4
Riziko nestabilnej glykémie (00179)	2	4
Riziko pádu (00155)	11	2
Nespavosť (00095)	4	1
Únava (00093)	4	3
Zanedbávanie seba samého (00095)	4	2
Poškodená dentícia (00048)	11	2
Ostatné ošetrovateľské diagnózy		
Riziko aspirácie (00039)	11	2
Porušené prehĺtanie (00103)	2	1
Neefektívna priechodnosť dýchacích ciest (00031)	11	2
Akútna bolesť (00132)	12	1
Retencia moču (00023)	3	1
Riziko krvácania (00206)	4	4
Narušená integrita tkaniva (00044)	11	2
Riziko infekcie (00004)	11	1
Riziko dehydratácie (00028)	2	5
Zhoršená telesná pohyblivosť (00085)	4	2

Tabuľka 3 Ošetrovateľské diagnózy podľa NANDA I. kazuistiky č. 1

5 KAZUISTIKA RESPONDENTA Č. 2

Druhá kazuistika sa zaoberá pacientkou, ktorá bola privezená do nemocnice na Urgentný príjem sanitkou, z Oddelenia urgentného príjmu (OUP) a následne na oddelenie úrazovej chirurgie.

5.1 Anamnéza respondenta č. 2

Anamnéza pri prijme na oddelenie	
Termín hospitalizácie	24. 1. 2021 – 31. 1. 2021
Rok narodenia	1979
Rodinná anamnéza	Matka žije, je v starobnom dôchodku, nenavštevujú sa, lieči sa na vysoký tlak. Otec zomrel pred 5 rokmi.
Osobná anamnéza	Hepatopatia; Chronická ethylická; Abúzus marihuany.
Alergická anamnéza	Prach, peľ, osie a včelie bodnutie, Paracetamol.
Farmakologická anamnéza	Neužíva žiadnu chronickú medikáciu.
Sociálna anamnéza	Pacientka je rozvedená. V súčasnej dobe žije so 70-ročným priateľom v prenajatom byte. Z prechádzajúceho manželstva má 2 deti, ktoré sú v starostlivosti otca. V minulosti pracovala ako čašníčka v reštaurácii, tohto času je nezamestnaná, vedená na úrade práce.
Abúzy	Fajčenie – denne vyfajčí asi jednu krabičku cigariet a príležitostne marihuanu.

	Alkohol – denne vypije asi 2 litre vína.
Hlavné lekárske diagnózy pri prijme na oddelenie	
Vulnero-lacero-contusum (VLC) parieto-okcipitálne vľavo; Komócia mozgová.	
Ošetrovateľská anamnéza pri prijme na oddelenie	
Fyziologické funkcie	TK 109/60 mm Hg; P 110/min; D 16/min; TT 36,5°C; SpO ₂ 93 % bez oxygenoterapie.
Vedomie	Pacientka je pri vedomí. GCS 14 bodov (ebrieta).
Zornice	Izokorické, fotoreakcia fyziologická.
Spolupráca	Spolupracuje.
Dýchanie	Fyziologické, spontánna ventilácia.
Spánok	Pravidelný.
Bolesť	VAS 3.
Sebestačnosť	Barthelovej test 65 bodov.
Používané pomôcky	Pacientka nepoužíva žiadne pomôcky.
Výživa a hydratácia	Váha 82 kg; Výška 170 cm; BMI 28,37.
Vyprázdňovanie moču a stolice	Kontinentná. Posledná stolica 23. 1. 2021.
Koža	Normálna, začervenanie v tvári.

Dutina ústna, chrup	Dutina ústna zanedbaná, zápach z úst.
Invazívne vstupy	PŽK – 1 deň., 18 Gauge (G); PMK – 1. deň, č. 14, silikón.
Diagnostické vyšetrenia	
Laboratórne vyšetrenia; EKG; RTG S+P; CT vyšetrenie hlavy.	

Tabuľka 4 Anamnéza kazuistiky č. 2

5.2 Katamnéza respondenta č. 2

Pacientka bola prijatá z oddelenia urgentného príjmu (OUP), kde bola privezená rýchlou záchrannou službou (RZP) z dôvodu mozgovej komócie. Pri prijatí na OUP prebehla revízia VLC rany. Počítačová tomografia (CT) hlavy s nálezom bez intrakraniálneho krvácania.

1. deň: pacientka bola prijatá na oddelenie úrazovej chirurgie, kde bola uložená na lôžko, napojená na monitor FF, ktorých kontrola á 1 hod. Rovnako kontrola zorníc – izokória. Zaisťovaná hygiena pacientky. Všetky postupy a dôvody hospitalizácie a liečby s ňou spojené boli pacientke vysvetlené. Laboratórne odbery z OUP v norme, okrem GGT (3,17 ukat/l).

Ďalej odobraná toxikológia moču:

Opiáty menej než 600 ng/ml, marihuana menej než 20 ng/l, kokaín menej než 150 ng/l, **amfetamín viac než 5000 ng/l**, benzodiazepíny menej než 150 ng/l, barbituráty menej než 100 ng/l, PCP menej než 13 ng/l, Metadon menej než 150 ng/l

Farmakologická liečba:

Názov medikácie	Spôsob podania	Dávkovanie	Lieková skupina
Helicid 40 mg + 100 ml FR	Intravenózne	1-0-1 á 12 hod.	Antiulcerózum, inhibitor protónovej pumpy

Ondansetron 4 mg	Intravenózne	Podľa ordinácie lekára	Antiemetikum
Furosemid 10 mg/ml	Intravenózne	Podľa ordinácie lekára a bilancií tekutín	Diuretikum
Novalgin 1 g	Intravenózne	1-1-1 á 8 hod.	Analgetikum, antipyretikum
Apaurin 10 mg	Intravenózne	Podľa ordinácie lekára	Antiepileptikum, anxiolytikum
Diazepam 5 mg	Perorálne	0-0-0-1 o 22:00	Antipsychotikum
Fraxiparine 9500 IU/0,4 ml	Subkutánne	0-0-1 o 20:00	LMWH, antikoagulanacium
NaCl 1000 ml / RF 1000 ml	Intravenózne, kontinuálne	R: 100 ml/hod., podľa ordinácie lekára a bilancií tekutín	Infúzny roztok, elektrolyt

Tabuľka 5 Farmakologická terapia kazuistiky č. 2

U pacientky sa objavoval silný tremor rúk, ktorý ju obmedzoval, fľaška s čajom jej vypadávala z rúk, podľa dokumentácie problém pretrváva asi desať rokov. Počas dňa bola pacientka pokojná, pospávala a naordinovaný režim dodržovala. V noci sa dostavil psychomotorický nepokoj. Pacientka v lôžku nadávala, zdalo sa jej, že ju prenasleduje podľa jej slov „cikán“, s ktorým mala nejaké nevyriešené konflikty, odháňala ho, nadávala mu, personálu povedala, aby ho za ňou nepustili. Došlo k atakom, kedy sa pacientka v lôžku posadzovala a oznamovala, že si ide na „cigárko“, po snahe reorientácie personálom pacientka stále prosí a vyjednáva „aspoň jenom na jedno malý“. Avšak výzve vyhovie a znova si ľahne. Rovnaký scenár sa opakoval počas celej noci, kedy sa dožadovala „pivka a cigárka“.

2. deň – 3. deň: pacientka sa ráno prebudila plne orientovaná a na zmätenosť si nepamätala. Ráno realizovaná hygiena pacientky, starostlivosť o dutinu ústnu (pacientka zvláda sama).

Starostlivosť o invazívne vstupy (MAD 0. stupeň), ošetrovanie rany na hlave. Zaistenie čistého lôžka, zhotovenie bandáží dolných končatín. Pacientka bola počas celého dňa orientovaná a počas tretieho dňa bol stav pacientky stacionárny.

4. deň: ráno prebehla hygiena pacientky, prekanylovanie PŽK. U pacientky počas noci opätovne došlo k psychomotorickému nepokoju. Vykrikovala, snažila sa odchádzať z lôžka, na výzvy personálu nereagovala, preto bolo nutné využitie reštriktívnych postupov – obmedzenie spočiatku len horných končatín neskôr i dolných končatín. Pacientka bola veľmi nepokojná, tvrdila, že ju chce niekto zabiť, obviňovala personál, že jej podáva smrtiace lieky a že sa jej snažíme zbaviť. Kričala o pomoc „haló, policie, zachraňte mňa“, vyhrážala sa, že až príde polícia, dostaneme sa za to do väzenia. Následne sa dostavila zmena nálady z agresívnej do plačlivej, prosila aby sme jej neublížovali a pustili ju, že sa chce len prejsť po lúke. Pacientka bola cca hodinu ticho, ale nespala, neskôr upadla opäť do agresie. Podľa ordinácie lekára nasadený Apaurin i.v. Pacientka tekutiny odmietala, v prípade, že sa napila plula navôkol seba s vulgárnymi poznámkami na personál. Perorálny príjem bol nahrádzaný parenterálnym.

5. deň: ráno bola pacientka spavá, na výzvu otvorila oči, odpovedala nezrozumiteľne, dezorientovaná, raňajky odmietla, ale tekutiny prijímala. Vykonaná ranná hygiena pacientky. Na obed sa pacientka prebrala a bola orientovaná. Počas tohto dňa prebehla fyzioterapia, kedy pacientka zvládla sed s nohami dolu.

6. – 7. deň: pacientka bola orientovaná, dopoludnia prebehla rehabilitácia (chôdza s doprovodom). Siedmi deň bola pacientka preložená na štandardné oddelenie, na ktorom podpísala negatívny reverz.

Súhrn hospitalizácie: pacientka prevzatá z OUP po páde doma. Pri prijíme bola orientovaná, avšak v noci prvého dňa došlo k zmätenosti, psychomotorickému nepokoju. Druhý až štvrtý deň bola pacientka orientovaná, na delírium si nepamätala, bola unavená. Delirantný stav sa dostavil počas štvrtého dňa v noci, kedy bolo nutné použitie reštriktívnych postupov a sedatívnej terapie. Piaty deň bol pacientka orientovaná, prebehla i rehabilitácia. Počas šiesteho a siedmeho dňa bol stav pacientky stabilizovaný. Delírium pacientku ovplyvnilo na dĺžke hospitalizácie cca o tri dni, kedy štandardná dĺžka hospitalizácie s mozgovou komóciou je cca 3-5 dní.

Súhrn ošetrovateľskej starostlivosti: u pacientky boli stanovené ošetrovateľské diagnózy, ciele a realizácia ošetrovateľského plánu. Zaistená komplexná ošetrovateľská starostlivosť.

Monitorovanie FF a zorníc. Vykonávaná starostlivosť o invazívne vstupy a ranu na hlave. Starostlivosť o hygienu pacientky a o dutinu ústnu. Sledovanie bilancie tekutín. Prevencia trombembolickej komplikácie. Počas delíria kontrola integrity pokožky, vypodloženie pod úväzkami. Zaistené polohovanie pacientky na boky ako prevencia vzniku dekubitov.

Ošetrovateľské diagnózy podľa NANDA I. (Herdman a Kamitsuru, 2020):

Názov ošetrovateľskej diagnózy	Doména	Trieda
Ošetrovateľské diagnózy súvisiace s delirantným stavom		
Akútna zmätenosť (00128)	5	4
Riziko násilia voči druhým (00138)	11	3
Riziko dysbalancie elektrolytov (00195)	2	5
Deficit sebastarostlivosti (00108, 00109, 00102, 0110)	2	5
Riziko periférnej neurovaskulárnej dysfunkcie (00086)	11	2
Riziko imobilizačného syndrómu (00040)	11	2
Riziko zhoršenej funkcie pečene (00178)	2	4
Riziko nestabilnej glykémie (00179)	2	4
Riziko pádu (00155)	11	2
Nespavosť (00095)	4	1
Únava (00093)	4	3
Zanedbávanie seba samého (00095)	4	2
Poškodená dentícia (00048)	11	2
Ostatné ošetrovateľské diagnózy		
Akútna bolesť (00132)	12	1
Riziko krvácania (00206)	4	4
Narušená integrita tkaniva (00044)	11	2
Riziko infekcie (00004)	11	1
Riziko dehydratácie (00028)	2	5

Riziko zápchy (00011)	3	2
Zhoršená telesná pohyblivosť (00085)	4	2

Tabuľka 6 Ošetrovateľské diagnózy podľa NANDA I. kazuistiky č. 2

6 KAZUISTIKA RESPONDENTA Č. 3

Tretia kazuistika sa zaoberá pacientom, ktorý bol preložený zo spádovej nemocnice, kde bol 7. 2. 2021 hospitalizovaný z dôvodu fraktúry acetábula. Následne prijatý cestou OUP na oddelenie úrazovej chirurgie 10. 2. 2021.

6.1 Anamnéza respondenta č. 3

Anamnéza pri prijíme na oddelenie	
Termín hospitalizácie	10. 2. 2021 – 19. 2. 2021
Rok narodenia	1946
Rodinná anamnéza	Matka zomrela na ochorenie srdca. Otec zomrel na zápal pľúc.
Osobná anamnéza	Hypertenzia; Dna; Chronická pankreatitída od r. 2011; Stav po cievnej mozgovej príhode 7/2014; Stav po generalizovaných epi paroxyzmoch; Chronická laryngitída s opuchom pravej hlasivky; Benígna hyperplázia prostaty; Dyslipidémia; Stav po femoropopliteálnej flebotrombóze pravej dolnej končatiny 8/2016; Radikulopatia lumbo-sakrálna; Chronická renálna insuficiencia. Chronický ethylik.
Alergická anamnéza	Bez alergií.

Farmakologická anamnéza	Vesicare 5 mg 1-0-0; Stacyl 100 mg 0-1-0.
Sociálna anamnéza	Pacient žije s manželkou v rodinnom dome a majú dvoch synov. V minulosti pracoval ako zootechnik, traktorista, v súčasnej dobe je v starobnom dôchodku, koníčkom je jeho vlastný vinohrad.
Abúzy	Fajčenie – stopfumátor, predtým silný fajčiar priemerne 30 cigariet denne. Fajčiť prestal asi pred 31 rokmi. Alkohol – denne vypije cca 4 dcl vína, niektoré dni i 7,5 dcl, denne 1 l piva, každé ráno 0,02 dcl slivovice.
Hlavné lekárske diagnózy pri prijme na oddelenie	
Fraktúra acetábula vľavo s centrálnou luxáciou bedra	
Ošetrovateľská anamnéza pri prijme na oddelenie	
Fyziologické funkcie	TK 170/90 mm Hg; P 75/min; D 14/min; TT 36,0°C; SpO2 94 % bez oxygenoterapie.
Vedomie	Pacient je pri vedomí. GCS 15 bodov .
Zornice	Izokorické, fotoreakcia fyziologická.
Spolupráca	Spolupracuje.
Dýchanie	Fyziologické, spontánna ventilácia.

Spánok	Pravidelný.
Bolesť	VAS 7.
Sebestačnosť	Barthelovej test 15 bodov.
Používané pomôcky	Pacient nepoužíva žiadne pomôcky.
Výživa a hydratácia	Váha 82 kg; Výška 170 cm; BMI 28,37.
Vyprázdňovanie moču a stolice	Kontinentný. Posledná stolica 7. 2. 2021
Koža	Normálna.
Dutina ústna, chrup	Dutina ústna bez protéz.
Invazívne vstupy	PŽK – 4. deň, 20 G; PMK – 1. deň, č. 14, silikón; Skeletárna trakcia – 4. deň, s ťahom 5 kg.
Diagnostické vyšetrenia	
Laboratórne vyšetrenia krvi; EKG; RTG S+P; Hematologické vyšetrenie; Interné predoperačné vyšetrenie; Anesteziologické predoperačné vyšetrenie.	

Tabuľka 7 Anamnéza kazuistiky č. 3

6.2 Katamnéza respondenta č. 3

Pacient bol na oddelenie úrazovej chirurgie prijatý 10. 2. 2021 cestou OUP. Úraz pacienta sa stal doma, pri páde na poľadovici. Kvôli fraktúre acetábula bola pacientovi naložená skeletárna trakcia.

1. deň: pacient bol prijatý z OUP, napojený na monitor FF – TK 170/90 mm Hg – podaný Agen, ktorý bol s efektom; P 75/min, D 14/min, SpO₂ 94 % bez oxygenoterapie, TT 36°C, GCS 15 bodov. Predilekčné miesta vypodložené, naložené bandáže dolných končatín, ľavá dolná končatina uložená na Braunovu dlahu s ťahom 5 kg. Všetky informácie o hospitalizácii a postupoch boli vysvetlené lekárom. V tento deň prebiehala predoperačná príprava a vyšetrenia.

Farmakologická terapia:

Názov medicíny	Spôsob podania	Dávkovanie	Lieková skupina
Helicid 40 mg	Intravenózne	1-0-1 á 12 hod.	Antiulcerózum, inhibítor protónovej pumpy
Degan 10 mg	Intravenózne	1-1-1 á 8 hod.	Prokinetikum, antiemetikum
Furosemid 10 mg/ml	Intravenózne	Podľa ordinácie lekára a bilancie tekutín	Diuretikum
Novalgin 1 g	Intravenózne	1-1-1 á 8 hod.	Analgetikum, antipyretikum
Paracetamol 1 g	Intravenózne	1-1-1 á 8 hod.	Analgetikum, antipyretikum
Dipidolor 15 mg	Subkutánne	1-1-1 á 8 hod.	Anodynum
Meronem 1 g	Intravenózne	1-1-1 á 8 hod.	Antibiotikum
Dilizolen 2 mg/ml	Intravenózne	1-0-1 á 12 hod.	Antibiotikum
Azepo 2 g	Intravenózne	Pred operačným výkonom	Antibiotikum
Tiapridal 100 mg/ml	Intravenózne	Podľa ordinácie lekára, pri nepokoji	Antipsychotikum

Diazepam 5 mg	Perorálne	0-0-0-1 o 22:00	Antipsychotikum
Haloperidol 3 mg	Intramuskulárne	1-1-1 á 8 hod.	Antipsychotikum
Agen 5 mg	Perorálne	Podľa TK a ordinácie lekára	Vazodilatans, antihypertenzívum, blokátor Ca kanálov
Vesicare 5 mg	Perorálne	1-0-0 á 24 hod.	Močové spazmolytikum
Biopron	Perorálne	1-0-1 á 12 hod.	Probiotikum
Espumisan 40 mg	Perorálne	1-1-1 á 8 hod.	Deflatulens
Kalium chloratum 500 mg	Perorálne	Podľa hodnoty kálie a ordinácie lekára	Mínérál
Lexaurin 1,5 mg	Perorálne	Pred operačným výkonom	Anxiolytikum
Prothazin 25 mg	Perorálne	Pred operačným výkonom	Antipsychotikum
Fraxiparine 9500 IU/0,6 ml	Subkutánne	1-0-1 á 12 hod.	LMWH, antikoagulancium
NaCl 1000 ml / RF 1000 ml	Intravenózne, kontinuálne	R: 100 ml/hod., podľa ordinácie lekára a bilancie tekutín	Infúzny roztok, elektrolyt
Furosemid forte 250 mg	Intravenózne	R: 0,8 ml/hod, podľa ordinácie lekára (od 13. 2. – 16. 2. 2021)	Diuretikum

SmofKabiven Peripheral 1904 ml	Intravenózne, kontinuálne	R: 50 ml/hod. (16. 2. – 19. 2. 2021)	Infúzna emulzia na parenterálnu výživu
Albumín 20% 100ml	Intravenózne	1-0-1 (16. 2. – 19. 2. 2021)	Plazmatická bielkovina
Yal 13,4g + 10 mg/67,5 ml	Per rektum	Podľa ordinácie lekára	Laxatívum

Tabuľka 8 Farmakologická terapia kazuistiky č. 3

V tento deň bolo nutné vyprázdenie pacienta k operačnému výkonu. U pacienta bola vykonaná hygiena. Polohovanie pacienta nebolo možné kvôli skeletárnej trakcii – pravidelná kontrola pokožky. Pacient bol počas dňa orientovaný. Od 20:00 došlo k nepokoju. Pacient tvrdil, že si chce ísť ľahnúť do postele a máme ho pustiť. Snaha o reorientáciu pacienta, avšak pacient bol presvedčený o tom, si všetko vymýšľame. Následne sa z podráždenej nálady dostal do veselej, komunikoval s personálom, a hovoril že by sa napil „vínečka alebo pivka“. Tvrdil, že je vinár a víno musí poriadne „koštovať“. K personálu mal rôzne nemravné návrhy a narážky. Avšak počas noci spal.

2. deň/0. pooperačný: realizovaná predoperačná príprava, pacient sa prebudil orientovaný. O 7:50 bol pacient zvezený na operačnú sálu a o 10:45 bol pacient privezený z operačnej sály, kde prebehla osteosyntéza zlomeniny acetábula. Na sále boli zavedené dva RD s podtlakom. Realizovaná pooperačná starostlivosť. Po 2 hodinách bol u pacienta obnovený per orálny príjem, avšak pacienta bolo potrebné často tekutinami ponúkať, čo sa mu nepáčilo a pýtal sa „*proč mu to pořád cpeme.... kdyby se to dalo aspoň pít.... kdyby sme měli třeba pořádnou slivovici a ne toto*“. Trápilo ho prečo má stále zavedenú hadičku (PMK), vyvolával nech mu donesieme nožnice, že si to „*ušmikne a bude klid*“. Polohovanie u pacienta nebolo možné kvôli jeho nespolupráci. Po aplikácii analgetík pacient zaspal.

3. deň/1. pooperačný: u pacienta stále pretrvávala dezorientácia, pacient si myslel, že je v inej nemocnici, ale nevedel prečo ani čo sa mu stalo. Keď mu personál pripomenul čo sa stalo, tváril sa prekvapene, nechápal ako je to možné. Nespomínal si ako by sa sem mohol dostať, polemizoval o tom, že vlakom sem nešiel, tak jedine ho musela priviezť sanitka. Pacient rannú hygienu zvládol takmer sám. Počas dňa bol pacient dezorientovaný miestom

a časom, ale spolupracoval. O 21:00 hod. došlo k nepokoju, pacient sa snažil odchádzať z lôžka, dával nohy cez zábrany postele. Tvrdil, že ide domov a nikto ho tu nebude zadržovať, inak nás udá na políciu a našim trestom bude zabitie. Dohovorom zdravotníckeho personálu sa pacient na cca 30 min. upokojil, avšak neskôr sa opäť snažil odchádzať a vulgárne nadával, preto boli využité obmedzovacie prostriedky. Pacient nechápal prečo ho tu musíme takto nasilu držať, máme ho pustiť, s personálom začínal vyjednávať, že keď ho odviažeme nikomu nič neprezradí. Tekutiny odmietal, tvrdil, že sa nám na to môže vykašľať a máme ísť dopekla. O 4:00 pacient zaspal.

4. deň/2. pooperačný: pacient bol dezorientovaný, ale spolupracoval. FF v norme, laboratórne výsledky v norme, okrem hemoglobínu (93 g/l) – podaná transfúzia, C-reaktívny proteín a Procalcitonín boli zvýšené – nasadené boli antibiotiká. Tekutiny si pacient popíjal sám, avšak akékoľvek jedlo odmietal, nechcel nič jesť, odmietal i nutridrink. K večeru sa u pacienta opäť dostavil nepokoj, ťahal si za hadičky, PMK, brachiálne napadal ošetrojúci personál, kopal nohami a vulgárne nadával, preto boli využité obmedzovacie prostriedky a sedatívna medikácia (Tiapridal) – s efektom.

5. deň – 9. deň: pacient bol stále dezorientovaný, tekutiny a stravu odmietal, pil len po jednom dúšku (nasadený SmofKabiven Peripheral a Albumín). Zápalové markery na antibiotickú medikáciu reagovali poklesom. Počas piateho až deviateho dňa bol pacient dezorientovaný, občas i agresívny, avšak po reorientácii pacienta došlo k upokojeniu.

10. deň: pacient bol orientovaný, na delírium si nespomínal a cítil sa unavene. O všetkom bol informovaný od ošetrojúceho lekára. O 11:30 bol pacient prepustený do spádovej nemocnice.

Súhrn hospitalizácie: pacient prevzatý zo spádovej nemocnice a OUP po páde doma na poľadovici. Pri prijíme bol pacient orientovaný. Počas prvého dňa boli zaistené predoperačné vyšetrenia. Už v priebehu prvej noci dochádzalo k nepokoju, ale bez nutného použitia obmedzovacích prostriedkov. Druhý deň prebehla operácia fraktúry acetábula a pacient bol po prebudení nepokojný, dezorientovaný, strhával zo seba perinu, vypodloženie nôh, odmietal prijímať tekutiny i jedlo (perorálny príjem bol nahrádzaný parenterálnym). U pacienta sa prejavovala i agresia. Po podaní nočnej medikácie sa upokojil a celú noc spal. Následné dni bol pacient dezorientovaný, stav sa striedal s hypoaktívnou a hyperaktívnou formou delíria, a to i s využitím obmedzovacích prostriedkov. Delirantný stav bol najintenzívnejší počas štvrtého dňa. Pacient bol veľmi agresívny s brachiálnym napadaním personálu. Pacienta bolo nutné tlmiť sedatívnou terapiou – s efektom, v kombinácii

s obmedzovacími prostriedkami. Ďalšie dni bol pacient dezorientovaný, ale nie agresívny. Posledný deň hospitalizácie (10. deň) bol pacient orientovaný a prepustený do spádovej nemocnice. Delirantný stav ovplyvnil dĺžku hospitalizácie cca o tri dni, kedy štandardná dĺžka hospitalizácie je cca 10 dní. K vertikalizácii pacienta nedošlo vôbec, a to kvôli nespolupracovaniu pacienta s personálom.

Súhrn ošetrovateľskej starostlivosti: u pacienta boli stanovené ošetrovateľské diagnózy, ciele a realizácia ošetrovateľského plánu. Zaistená komplexná ošetrovateľská starostlivosť. Monitorovanie FF a bilancie tekutín. Vykonávaná starostlivosť o invazívne vstupy a operačnú ranu. Starostlivosť o hygienu pacienta, o dutinu ústnu. Prevencia trombembolickej komplikácie. Počas delíria realizovaná kontrola pokožky pod úväzkami a jej vypodloženie. Polohovanie pacienta, premazávanie pokožky ako prevencia dekubitov. Pravidelná reorientácia pacienta.

Ošetrovateľské diagnózy podľa NANDA I. (Herdman a Kamitsuru, 2020):

Názov ošetrovateľskej diagnózy	Doména	Trieda
Ošetrovateľské diagnózy súvisiace s delirantným stavom		
Akútna zmätenosť (00128)	5	4
Riziko násilia voči druhým (00138)	11	3
Riziko dysbalancie elektrolytov (00195)	2	5
Deficit sebastarostlivosti (00108, 00109, 00102, 0110)	2	5
Riziko periférnej neurovaskulárnej dysfunkcie (00086)	11	2
Riziko imobilizačného syndrómu (00040)	11	2
Predĺženie pooperačného zotavenia (00100)	11	2
Riziko zhoršenej funkcie pečene (00178)	2	4
Riziko nestabilnej glykémie (00179)	2	4
Riziko pádu (00155)	11	2
Nespavosť (00095)	4	1
Únava (00093)	4	3
Ostatné ošetrovateľské diagnózy		

Akútna bolesť (00132)	12	1
Retencia moču (00023)	3	1
Riziko krvácania (00206)	4	4
Narušená integrita tkaniva (00044)	11	2
Riziko infekcie (00004)	11	1
Riziko dehydratácie (00028)	2	5
Riziko zápchy (00011)	3	2
Zhoršená telesná pohyblivosť (00085)	4	2

Tabuľka 9 Ošetrovateľské diagnózy podľa NANDA I. kazuistiky č. 3

7 KAZUISTIKA RESPONDENTA Č. 4

Štvrtá kazuistika sa zaoberá pacientom, ktorý bol privezený RZP na Nízkoprahový urgentný príjem (NUP) 16. 3. 2021 na základe pádu z postele doma, kde udával bolesť ľavej nohy. Z NUP bol pacient prijatý na oddelenie úrazovej chirurgie.

7.1 Anamnéza respondenta č. 4

Anamnéza pri prijíme na oddelenie	
Termín hospitalizácie	16. 3. 2021 – 17. 3. 2021
Rok narodenia	1954
Rodinná anamnéza	Matka zomrela na ochorenie srdca. Otec zomrel na zápal pľúc.
Osobná anamnéza	Arteriálna hypertenzia; Fibrilácia predsiení; Stav po paroxyzmálnom fibroflattery predsiení; Atrofická gastritída; Hiátová hernia; Polyneuropatie; Kvadruparéza s akcentáciou na dolné končatiny; Ľahký kognitívny deficit; Steatóza pečene; Skolióza hrudnej a bedrovej chrbtice; Stav po totálnej endoprotéze ľavého kolena; Stav po endoresekcii prostaty; Stav po operácii ileózneho stavu; Stav po opakovaných pádoch;

	<p>Stav po zlomenine rebier a distálneho predkolenia ľavej dolnej končatiny;</p> <p>Chronický ethylik.</p>
Alergická anamnéza	Tetracyklín.
Farmakologická anamnéza	<p>Prestarium Neo 5 mg 1-0-0;</p> <p>Xeforapid 8 mg 1-0-1.</p>
Sociálna anamnéza	<p>Pacient je v starobnom dôchodku, predtým pracoval ako elektrotechnik.</p> <p>Žije s manželkou v rodinnom dome.</p> <p>Majú 2 deti - dcéru a syna, ktorí sú osamostatnení.</p>
Abúzy	<p>Fajčenie – stopfumátor.</p> <p>Alkohol – denne asi 2 pivá, 2,5 dcl rumu, cca trikrát do týždňa víno.</p>
Hlavné lekárske diagnózy pri prijme na oddelenie	
<p>Dislokovaná petrochanterická zlomenina proximálneho femuru vľavo;</p> <p>VLC frontálne vľavo (cca 2 cm);</p> <p>Hyponatrémia, hypochlorémia, trombocytopénia.</p>	
Ošetrovateľská anamnéza pri prijme na oddelenie	
Fyziologické funkcie	<p>TK 160/100 mm Hg;</p> <p>P 100/min;</p> <p>D 16/min;</p> <p>TT 36,3°C;</p> <p>SpO2 96 % bez oxygenoterapie.</p>
Vedomie	<p>Pri vedomí.</p> <p>GCS 15 bodov.</p>

Zornice	Izokorické, fotoreaktívne.
Spolupráca	Spolupracuje.
Dýchanie	Fyziologické, spontánna ventilácia.
Spánok	Pravidelný.
Bolesť	VAS 7.
Sebestačnosť	Barthelovej test 15 bodov.
Používané pomôcky	Okuliare.
Výživa a hydratácia	Váha 65 kg; Výška 170 cm; BMI 22,49.
Vyprázdňovanie moču a stolice	Kontinentný. Posledná stolica 15. 3. 2021
Koža	Normálna.
Dutina ústna, chrup	Dutina ústna bez protéz.
Invazívne vstupy	PŽK – 1. deň, 20 G
Predoperačné vyšetrenia	
Laboratórne vyšetrenia krvi; EKG; RTG S+P; Interné predoperačné vyšetrenie; Anesteziologické predoperačné vyšetrenie.	

Tabuľka 10 Anamnéza kazuistiky č. 4

7.2 Katamnéza respondenta č. 4

Pacient bol na oddelenie úrazovej chirurgie prijatý 16. 3. 2021 z NUP . Úraz pacienta sa stal doma, kde udával bolesť ľavej nohy. Pád doprevádzala i hypertenzia (178/117 mm Hg) a tachykardie (130/min).

1. deň: pacient bol prijatý na oddelenie, napojený na monitor FF - TK 160/100 mm Hg, P 110/min, D 16/min, SpO₂ 96 %, TT 36,3°C, GCS 15 bodov. Zavedený bol PMK č. 16., ktorý derivoval číry moč.

Farmakologická terapia:

Názov medicácie	Spôsob podania	Dávkovanie	Lieková skupina
Helicid 40 mg	Intravenózne	1-0-1	Antiulcerózum, inhibítor protónovej pumpy
Furosemid 10 mg/ml	Intravenózne	Podľa ordinácie lekára a bilancie tekutín	Diuretikum
ACC 400 mg	Intravenózne	1-0-1	Expektorans, mukolytikum
Paracetamol 1 g	Intravenózne	1-1-1 á 8 hod.	Analgetikum, antipyretikum
Dipidolor 15 mg	Subkutánne	1-1-1 á 8 hod.	Anodynum, analgetikum
Azepo 1 g	Intravenózne	K operačnému výkonu	Antibiotikum
Tachyben 12,5 mg	Intravenózne	Podľa ordinácie lekára	Antihypertenzívum
Tiapridal 100 mg/ml	Intravenózne	Podľa ordinácie lekára, pri nepokoji	Antipsychotikum
Prentesa 4 mg	Perorálne	1-0-0	Antihypertenzívum, ACE-inhibítor
Kalium chloratum 500 mg	Perorálne	Podľa ordinácie lekára	Minerál

Lexaurin 1,5 mg	Perorálne	Pred operačným výkonom	Anxiolytikum
Egilok 25 mg	Perorálne	Podľa ordinácie lekára	Antihypertenzívum, selektívny beta-blokátor
Nitromint spray	Sublingválne	Podľa ordinácie lekára	Vazodilatans
Fraxiparine 9500 IU/0,6 ml	Subkutánne	0-0-1 á 12 hod.	LMWH, antikoagulancium
Vincentka	Nebulizácia	1-1-1-1 á 6 hod.	
NaCl 1000 ml / RF 1000 ml	Intravenózne, kontinuálne	R: 100 ml/hod., podľa ordinácie lekára a bilancie tekutín	Infúzny roztok, elektrolyt
Yal 13,4 g + 10 mg	Per rektum	Podľa ordinácie lekára	Laxatívum

Tabuľka 11 Farmakologická terapia kazuistiky č. 4

Kvôli tachykardii podaný Egilok a Prenessa p.o – bez efektu. Reakcia bola až na Nitromint sprej. Hypertenzná kríza pretrvávala, preto boli podané dve dávky Tachybenu 12,5 mg – s efektom. Monitorovaná bola i hodinová diuréza. Zaistená trombembolická prevencia. Naložená bola Braunova dlaha s ťahom 5 kg a vypodložením predilekčných miest na ľavú dolnú končatinu. Všetky postupy hospitalizácie objasnené ošetrovateľom. V tento deň prebehli predoperačné vyšetrenia. Pacient bol o 12:30 hod. zvezený na sálu, pred ktorou sa TK a P upravili. O 14:15 bola operácia ukončená a pacient bol privezený späť na oddelenie. Monitorované boli FF – potrebná podpora ventilácie kyslíkovými okuliarmi s 1,5 l/min O₂. Pacient bol prebudený do kontaktu, ale dezorientovaný. Na operačnej sále bol zavedený PŽK a arteriálny katéter na a. radialis na pravej hornej končatine (MAD 0. stupeň). Po sále odobrané odbery krvi – Hemoglobín 90 g/l – podaná erymasa. O 16:00 bol pacient dezorientovaný, vyvolával rôzne mená, ťahal si za hadičky, a preto bolo nutné využiť obmedzovacích prostriedkov. Pacient sa z nich stále snažil vymaniť, ťahal za zábrany

postele, prosil nech niekto otvorí dvere a pustí ho von. Potrebné bolo podanie sedatívnej medikácie (Tiapridal i.v.) Pacient tvrdil, že sme magori a nemáme ho uväzovať. Tekutiny odmietal. Pacient ani po snahe o reorientáciu nebol usmerniteľný. O 22:00 zaspal na dobu asi jednej hodiny, následne sa zobudil a psychomotorický nepokoj pretrvával. Neustále sa vyzliekal, zhadzoval posteľnú bielizeň na zem, vyťahoval z pod seba podložku. Krytie operačnej rany sa pacientovi podarilo strhnúť a preto bolo potrebné previazanie rany. Personálu sa pýtal *„tak snad zavřem, ne? Co tady děláš, co chceš? Zavři ty dveře, prosím tě. Já už du do pekla a vy tam běžte taky. Kde mám tu půlku té hůlky? Klouže to, padám, já spadnu, pomalu“!* Stále si niečo hovoril, vulgárne sa vyjadroval, zatínal sa, za každú cenu sa snažil vytrhnúť z úväzkov a búchal do zábran postele. FF pri delirantnom stave TK 147/88 mm Hg, P 140/min, D 20/min, TT 36,9°C, SpO₂ 98 % s 1,5 l/min O₂. O 23:40 hod. arteriálny katéter extrahovaný kvôli nefunkčnosti. Od 24:15 hod. pacient zaspal a spal počas celej noci.

2. deň: ráno bol pacient stále dezorientovaný, ale spolupracoval. Realizovaná kontrola FF – TK 165/90 mm Hg, P 115/min, D 18/min, TT 36,4°C, SpO₂ 94 % s oxygenoterapiou 2 l/min kyslíkovými okuliarmi. Kontrola integrity kože, invazívnych vstupov, krytia operačnej rany a funkčnosti RD. Koža pacienta riadne premazaná, premasírovaná a bez akéhokoľvek porušenia. Realizované EKG na základe pretrvávajúcich tachykardií. Ranná medikácia podaná, na podklade ktorej došlo k úprave TK 135/85 mm Hg, P 92/min. Pacient raňajkoval a tekutiny si popíjal sám. O 10:15 hod. prebehla fyzioterapia, kedy pacient zvládol sed s nohami dole. Hodinová diuréza o 11:15 hod. bola podporená Furosemidom, kvôli pozitívnej bilancii tekutín. O 11:45 hod. dochádza opäť k tendencii hypertenzie (TK 160/90 mm Hg) preto bol podaný Nitromint sprej, ale bez efektu. U pacienta sa dostavil zvýšený psychomotorický nepokoj, ktorý bol o 13:00 hod. komplikovaný desaturáciou pacienta na 50 % s pridruženou srdcovou zástavou, kedy bola zahájená kardiopulmonálna resuscitácia, podanie Atropínu, Adrenalinu, privolaný resuscitačný tím, ktorým boli zaistené dýchacie cesty pacienta – zaintubovaný a napojený na umelú pľúcnu ventiláciu (UPV). Lekárom naslepo zavedený centrálny žilný katéter (v. subclavia) a arteriálny katéter (a. radialis), pre výraznú hypotenziu (TK 88/54 mm Hg) nasadený Noradrenalin kontinuálne. Kvôli zavedeniu centrálného venózneho katétru bolo zhotovené RTG S+P, kde bolo záverom suspektný incipovaný alveolárny edém pľúc a suspektný podiel fluidotoraxu. Ďalej zrealizované CT mozgu a mozgových tepien (bez patologického nálezu),

počas ktorého znovu došlo k asystólii a resuscitácii pacienta. Pacienta následne prebrala Interná kardiologická klinika na JIS, kvôli nutnosti UPV.

Súhrn hospitalizácie: pacient bol prevzatý na oddelenie úrazovej chirurgie po páde doma, kvôli pertrochanterickej fraktúre ľavého femuru k operačnému riešeniu. Zdravotný stav pacienta bol skomplikovaný už v úvode hospitalizácie, kedy u pacienta dochádzalo k hypertenzii a tachykardiám, ktoré sa nakoniec podarilo upraviť. Počas prvého hospitalizačného dňa prebehli u pacienta všetky predoperačné vyšetrenia a pacient bol ešte v ten deň zoperovaný. Následne bol pacient prebudený do kontaktu, ale dezorientovaný a nespolupracujúci. Ťahal si za invazívne vstupy, bol agresívny, a preto bolo nutné využitie obmedzovacích prostriedkov. Zdravotný stav bol upravený až po podaní sedatívnej medicíny (Tiapridal i.v.). Počas druhého dňa bol pacient stále dezorientovaný, ale spolupracoval. Pre zlepšený stav bola možná i rehabilitácia pacienta. O 11:45 bol stav opäť komplikovaný nastupujúcim delíriom a tachykardiami, ktoré vyústili až do desaturácie a asystólie, a to až dvakrát. Zahájená bola kardiopulmonálna resuscitácia a z dôvodu nutnosti UPV bol pacient akútne preložený na JIS kardiologickej kliniky. Časná mobilizácia pacienta nebola delíriom ovplyvnená, avšak kvôli skomplikovaniu stavu nebolo možné určiť ďalšiu následnú mobilizáciu a ani dĺžku hospitalizácie.

Súhrn ošetrovateľskej starostlivosti: u pacienta boli stanovené ošetrovateľské diagnózy, ciele a realizácia ošetrovateľského plánu. Zaistená komplexná ošetrovateľská starostlivosť. Monitorovanie FF a bilancie tekutín. Vykonávaná starostlivosť o invazívne vstupy a o operačnú ranu. Starostlivosť o dutinu ústnu. Prevencia trombembolickej komplikácie, kontrola integrity pokožky a inervácie končatín. Udržovanie čistého a suchého lôžka. Riadne vypodloženie predilekčných miest, polohovanie pacienta. Opakovaná reorientácia pacienta.

Ošetrovateľské diagnózy podľa NANDA I. (Herdman a Kamitsuru, 2020):

Názov ošetrovateľskej diagnózy	Doména	Trieda
Ošetrovateľské diagnózy súvisiace s delirantným stavom		
Akútna zmätenosť (00128)	5	4
Riziko násilia voči druhým (00138)	11	3
Riziko dysbalancie elektrolytov (00195)	2	5

Deficit sebastarostlivosti (00108, 00109, 00102, 0110)	2	5
Riziko periférnej neurovaskulárnej dysfunkcie (00086)	11	2
Riziko imobilizačného syndrómu (00040)	11	2
Predĺženie pooperačného zotavenia (00100)	11	2
Riziko zhoršenej funkcie pečene (00178)	2	4
Riziko nestabilnej glykémie (00179)	2	4
Riziko pádu (00155)	11	2
Nespavosť (00095)	4	1
Únava (00093)	4	3
Ostatné ošetrovateľské diagnózy		
Znížený srdcový výdaj (00029)	4	4
Neefektívna priechodnosť dýchacích ciest (00031)	11	2
Zhoršená spontánna ventilácia (00033)	4	4
Riziko aspirácie (00039)	11	2
Akútna bolesť (00132)	12	1
Retencia moču (00023)	3	1
Riziko krvácania (00206)	4	4
Riziko šoku (00205)	11	2
Narušená integrita tkaniva (00044)	11	2
Riziko infekcie (00004)	11	1
Riziko dehydratácie (00028)	2	5
Riziko zápchy (00011)	3	2
Zhoršená telesná pohyblivosť (00085)	4	2

Tabuľka 12 Ošetrovateľské diagnózy podľa NANDA I. kazuistiky č. 4

8 KAZUISTIKA RESPONDENTA Č. 5

Piata kazuistika sa zaoberá pacientom, ktorý bol prijatý 24. 3. 2021 na oddelenie úrazovej chirurgie z OUP, kde bol privezený RZP kvôli pádu s poranením hlavy.

8.1 Anamnéza respondenta č. 5

Anamnéza pacienta pri prijíme na oddelenie	
Termín hospitalizácie	24. 3. 2021 – 16. 4. 2021
Rok narodenia	1946
Rodinná anamnéza	Matka zomrela na srdcové zlyhanie. Otec zomrel dva roky po matke pri havárii.
Osobná anamnéza	Hypertenzia; Ischemická choroba srdca; Stav po infarkte myokardu; Stav po zlomenine krčku ľavého humeru; Dekubit II. stupňa na ľavej päte; Chronický ethylik.
Alergická anamnéza	Bez alergií.
Farmakologická anamnéza	Prestarium Neo Combi 5 mg/1,25 mg 1-0-0; Anopyrin 100 mg 0-1-0; Lexaurin 3 mg 0-0-0-1.
Sociálna anamnéza	Pacient pred starobným dôchodkom pracoval ako čašník. Žije sám, nikdy nebol ženatý. Má jedného syna, nenavštevujú sa.
Abúzy	Fajčenie – nefajčí.

	Alkohol – denne asi 8 pív a 1 l červeného vína.
Hlavné lekárske diagnózy pri prijme na oddelenie	
<p>Fraktúra C₁₋₂;</p> <p>Fraktúra spinálnych výbežkov C₄;</p> <p>Fraktúra kalvy frontálne, pneumocefalus, hemocefalus;</p> <p>Fraktúra ľavej orbity;</p> <p>Fraktúra nosných kostičiek;</p> <p>Maxilárny a sfenoidálny hemosínus;</p> <p>Subdurálny hematóm fronto-parietálne vľavo;</p> <p>Subarachnoidálne krvácanie;</p> <p>Kontúzia mozgu fronto-parietálne vľavo;</p> <p>VLC nosa a pravého kolena;</p> <p>Exkoriácie hlavy fronto-parietálne vľavo.</p>	
Ošetrovateľská anamnéza pri prijme na oddelenie	
Fyziologické funkcie	TK 140/85 mm Hg; P 88/min; D 14/min; TT 36,7°C; SpO ₂ 95 % bez oxygenoterapie.
Vedomie	Pacient je pri vedomí. GCS 15 bodov.
Zornice	Izokorické, fotoreakcia fyziologická.
Spolupráca	Spolupracuje.
Dýchanie	Fyziologické, spontánna ventilácia.
Spánok	Pravidelný.

Bolest'	VAS 4.
Sebestačnosť	Barthelovej test 30 bodov.
Používané pomôcky	Okuliare.
Výživa a hydratácia	Váha 69 kg; Výška 170 cm; BMI 23,90.
Vyprázdňovanie moču a stolice	Kontinentný. Posledná stolica 24. 3.
Koža	Suchá, pacient v tvári začervenaný. Exkoriácie na hlave. Hematóm v bedrovej oblasti. Dekubit II. stupňa na ľavej päte.
Dutina ústna, chrup	Zápach z úst, dutina ústna zanedbaná, bez protéz.
Invazívne vstupy	PŽK – 1. deň, 20 G
Diagnostické vyšetrenia	
Laboratórne vyšetrenia krvi; EKG; RTG S+P; CT vyšetrenie hlavy.	

Tabuľka 13 Anamnéza kazuistiky č. 5

8.2 Katamnéza respondenta č. 5

Pacient bol prijatý na oddelenie úrazovej chirurgie, kde bol napojený na monitor FF. U pacienta prebiehala kontrola zorníc – izokória. Pri prijme bol pacient orientovaný, GCS 15 bodov a spolupracoval. Komunikácia s pacientom bola komplikovaná hypakúziou.

Pacientovi bolo potrebné všetko opakovať a rovnako sa spätne pýtať, či pacient hovorenému porozumel správne. Na oddelení bol zavedený PMK č. 16 a vykonaná toileta rany pravého kolena a očista exkoriácií na hlave. Pacient bol na oddelenie prijatý z Philadelphia krčným golierom, avšak veľkosť goliera pacientovi nevyhovovala, preto prebehla výmena za adekvátne veľký krčný límec Philadelphia. Rovnako bol ošetrovaný dekubit II. stupňa na ľavej päte – Atrauman Ag. Predilekčné miesta boli vypodložené. Zaisťovaná trombembolická prevencia. Pacientovi boli všetky postupy vysvetlené ošetrojúcim lekárom.

Farmakologická terapia:

Názov medicíny	Spôsob podania	Dávkovanie	Lieková skupina
Helicid 40 mg	Intravenózne	1-0-1 á 12 hod.	Antiulcerózum, inhibítor protónovej pumpy
Dicynone 250 mg	Intravenózne	2-2-2-2 á 6 hod.	Hemostiptikum
Biseptol 480 mg	Intravenózne	1-0-1 á 12 hod.	Antibiotikum
Furosemid 10 mg/ml	Intravenózne	Podľa ordinácie lekára a bilancie tekutín	Diuretikum
Paracetamol 1 g	Intravenózne	1-1-1 á 8 hod.	Analgetikum, antipyretikum
Prestarium Neo Combi 5 mg/ 1,25 mg	Perorálne	1-0-0, podľa ordinácie lekára	Antihypernezívum
Diazepam 5 mg	Perorálne	1-1-2 á 8 hod.	Antipsychotikum
Biopron	Perorálne	1-0-1	Probiotikum
Kalium chloratum 500 mg	Perorálne	Podľa ordinácie lekára	Minerál
Pamycon kvapky	Do ľavého ucha a nosa	1-1-1	Antibiotikum
Vincentka	Do nosa	2ml-2ml-2ml	Minerálna voda

Ocu-flash kvapky	Lokálne, do očí	1-1-1	Očný roztok
Fraxiparine 9500 IU/0,3 ml	Subkutánne	0-0-1 á 24 hod. (od 30. 3. 2021)	LMWH, antikoagancium
Ringerfundin 1000 ml	Intravenózne, kontinuálne	R: 100 ml/hod., podľa ordinácie lekára a bilancie tekutín	Infúzny roztok, elektrolyt
SmofKabiven Peripheral 1907 ml	Intravenózne, kontinuálne	R: 80 ml/hod., podľa ordinácie lekára (1. 4. – 15. 4.)	Infúzna emulzia na parenterálnu výživu
Yal 13,4g + 10 mg/67,5 ml	Per rektum	Podľa ordinácie lekára	Laxatívum
Lactulosa 667 mg/ml	Perorálne	Podľa ordinácie lekára	Laxatívum

Tabuľka 14 Farmakologická terapia kazuistiky č. 5

2. deň: pacient sa ráno zobudil orientovaný, FF v norme. U pacienta bola vykonaná ranná hygiena. V tento deň bol objednaný Vista krčný golier pre väčší komfort pacienta. Ráno bola odobraná vzorka sekrétu z nosu na vyšetrenie β_2 -Transferínu k vylúčeniu likvorey v sekréte, ktorý bol negatívny. Pacient bol dopoludnia ponechaný na lačno, a to z dôvodu kontrolného CT vyšetrenia hlavy, ktoré bolo so stacionárnym nálezom. Po výsledku CT nasledovalo neurochirurgické konzílium (kontrolné CT za 3 dni), otorinolaryngologické vyšetrenie (odporúčenie Pamycon do ľavého ucha a Sanorin kvapiiek) a očné konzílium (bez intervencie). Fraktúra krčnej chrbtice bola zatiaľ ponechaná bez chirurgického riešenia (dourčenie podľa magnetickej rezonancie). V popoludňajších hodinách dochádzalo k dezorientácii pacienta, avšak po reorientácii bol usmerniteľný. Počas večerných hodín dochádzalo k silnejším prejavom delíria, kedy sa pacient rozprával s neznámymi osobami, odpovedal im, kládol im otázky a čakal na ich odpovede. Počas noci sa delírium vystupňovalo, pacient sa snažil odchádzať z lôžka a preto bolo potrebné využitie obmedzovacích prostriedkov. Nad ránom pacient zaspal.

3. – 4. deň: pacient sa ráno zobudil orientovaný a na delírium si nespomínal. Realizovaná bola hygiena pacienta a starostlivosť o invazívne vstupy, rany a dekubit. Od 21:00 hod. došlo k dezorientácii a nepokoju pacienta. Opakovane sa snažil odchádzať z lôžka, tvrdil, že si musí nájsť čierne boty a pôjde do roboty. Stále viedol konverzáciu, kričal rôzne mená, aby mu pomohli dostať sa „odtud“. U pacienta bolo potrebné využitie obmedzovacích prostriedkov. Na podanie Diazepamu p.o. nezareagoval. Spánok sa u pacienta dostavil až nadržanom. Rovnaký priebeh zdravotného stavu nasledoval i počas štvrtého dňa. Medikácia bola ponechaná bez zmeny.

5. – 7. deň: pacient bol počas celého piateho a šiesteho dňa i noci dezorientovaný časom a miestom, komunikoval, avšak neadekvátne. Tekutiny popíjal s dopomocou ošetrojúceho personálu. Počas dňa bol pacient pokojný, avšak k večeru sa pridol psychomotorický nepokoj, odchádzanie z lôžka, vykrikovanie vulgárnych slov, vyhrážanie sa. Siedmy deň prebehlo kontrolné CT vyšetrenie hlavy, ktorého výsledok bola regresia známok krvácania a neurochirurgické konzílium, ktoré bolo bez intervencie. Pacient bol počas dňa dezorientovaný, výrazne spavý, avšak spolupracoval a komunikoval. O 18:40 hod. došlo k hyperaktívnej forme delíria, a potrebe využitia obmedzovacích prostriedkov.

2. týždeň hospitalizácie (31. 3. 2021 – 6. 4. 2021): zdravotný stav pacienta zostal bez zmeny. Priebeh delíria alteroval medzi hyperaktívnou a hypoaktívnou formou. Hyperaktívna forma nastávala počas večerných hodín, kedy stále viedol rozhovory „*Já se půjdu podívat po těch botech. Tak počkej, tam mi podej ty nůžky a půjdu do té trafiky hned. Chtěl jsem se podívat za nima do pokoja v Brně, jestli jsou tam, no a měli tam nákou dezinfekci, no a hnedka osum tisíců, si představ a toto jsou jako činy, jo? Tak říkám no nic, půjdu bez nich, protože toto je pro mě boží umučení, bez teho čudlíku*“. Neustále pacienta ťažilo to, že ho nepustíme do hospody za „chábrama“ a stále ho držíme uväzneného. Z dôvodu rizika poškodenia seba samého a okolia bolo potrebné využitie obmedzovacích prostriedkov. Hypoaktívna forma prebiehala najmä počas dňa, kedy pacient stále len pospával, odmietal jesť a rovnako i prijímať tekutiny, preto bolo potrebné nahradiť deficit perorálneho príjmu parenterálnou cestou (SmofKabiven peripheral i.v.). FF boli v norme. Rovnako prebehlo i opakované CT vyšetrenie hlavy z dôvodu pretrvávajúcej zmätenosti, avšak bez patologického nálezu. Počas 2. týždňa došlo k vertikalizácii pacienta, postupne, a to najprv sed s nohami dole s následnou chôdzou vo vysokom chodítku, ktorú pacient zvládal bez akýchkoľvek problémov. Dekubit na ľavej päte sa podarilo úplne zhojiť.

3. – 4. týždeň hospitalizácie (7. 4. 2021 – 13. 4. 2021): u pacienta dezorientácia pretrvávala rovnako ako počas 2. týždňa. FF a laboratórne výsledky boli v norme. U pacienta bola zaist'ovaná komplexná zdravotná starostlivosť. Klinika sa rozhodla ponechať fraktúru krčnej chrbtice na konzervatívnu terapiu. U pacienta bola zaistená následná starostlivosť, do ktorej bol pacient 16. 4. 2021 prepustený.

Súhrn hospitalizácie: pacient bol prijatý na oddelenie úrazovej chirurgie z OUP, kde ho doviezla po páde na ulici RZP. Prijatý bol z dôvodu fraktúry krčnej chrbtice a kraniotraume. Pri prijíme bol pacient orientovaný, GCS 15 bodov. U pacienta boli realizované diagnostické vyšetrenia a terapeutické postupy. Počas prvého dňa bola zavedená terapia a režim, ktorý pacient dodržiaval. Rovnako bolo i rozhodnuté, že fraktúru krčnej chrbtice je potrebné vyšetriť magnetickou rezonanciou. Už počas druhého dňa došlo k psychomotorickému nepokoju a zmätenosti pacienta. Dezorientovaný bol miestom a časom, avšak po reorientácii bol pacient usmerniteľný. Počas večera sa psychomotorický nepokoj stupňoval, pacient sa stále rozprával s imaginárnymi ľuďmi. Postupom noci sa snažil opúšťať lôžko, naordinovaný režim nedodržiaval, a po niekoľkonásobnom usmernení pacienta a snahe o jeho reorientáciu bolo potrebné využiť obmedzovacie prostriedky. Počas tretieho dňa bol pacient orientovaný, avšak v noci opätovne dochádzalo k psychomotorickému nepokoju, kedy ani na sedatívnu medikáciu nereagoval. Od piateho dňa hospitalizácie bol pacient permanentne dezorientovaný. Pacienta sa po ukončení pokojového režimu (z dôvodu kraniotraumy) podarilo mobilizovať. Postupne prebiehal u pacienta sed s nohami dolu, s následným postavením sa vo vysokom chodítku a chôdzou. Vertikalizácia vždy prebiehala za značnej dopomoci ošetrojúceho personálu, a pacienta bola samostatnosť nulová, preto bola rovnako zaistená i komplexná ošetrovateľská starostlivosť. Magnetickú rezonanciu pacient nebol schopný absolvovať kvôli neustálemu psychomotorickému nepokoju, a preto sa rozhodlo o tom, že fraktúra krčnej chrbtice bude ponechaná ku konzervatívnej terapii. Pacient bol počas štvrtého týždňa preložený do následnej starostlivosti.

Súhrn ošetrovateľskej starostlivosti: u pacienta boli stanovené ošetrovateľské diagnózy, ciele a realizácia ošetrovateľského plánu. Po celú dobu hospitalizácie bola nutná komplexná ošetrovateľská starostlivosť. Starostlivosť o hygienu pacienta, o dutinu ústnu, o pokožku (premazávanie, polohovanie, udržiavanie čistého lôžka), o invazívne vstupy a rany. Pravidelné preväzy dekubitu na päte. Prevencia trombembolickej komplikácie. Monitorovanie bilancie tekutín, FF, zorníc a starostlivosť o psychiku pacienta (reorientovanie pacienta).

Ošetrovateľské diagnózy podľa NANDA I. (Herdman a Kamitsuru, 2020):

Názov ošetrovateľskej diagnózy	Doména	Trieda
Ošetrovateľské diagnózy súvisiace s delirantným stavom		
Akútna zmätenosť (00128)	5	4
Riziko násilia voči druhým (00138)	11	3
Riziko dysbalancie elektrolytov (00195)	2	5
Deficit sebastarostlivosti (00108, 00109, 00102, 0110)	2	5
Riziko periférnej neurovaskulárnej dysfunkcie (00086)	11	2
Riziko imobilizačného syndrómu (00040)	11	2
Predĺženie pooperačného zotavenia (00100)	11	2
Riziko zhoršenej funkcie pečene (00178)	2	4
Riziko nestabilnej glykémie (00179)	2	4
Riziko pádu (00155)	11	2
Nespavosť (00095)	4	1
Únava (00093)	4	3
Poškodená dentícia (00048)	11	2
Zanedbávanie seba samého (00095)	4	2
Ostatné ošetrovateľské diagnózy		
Akútna bolesť (00132)	12	1
Retencia moču (00023)	3	1
Riziko krvácania (00206)	4	4
Narušená integrita tkaniva (00044)	11	2
Riziko infekcie (00004)	11	1
Riziko dehydratácie (00028)	2	5
Riziko zápchy (00011)	3	2

Zhoršená telesná pohyblivosť (00085)	4	2
--------------------------------------	---	---

Tabuľka 15 Ošetrovateľské diagnózy podľa NANDA I. kazuistiky č. 5

9 NAJČASTEJŠIE OŠETROVATEĽSKÉ DIAGNÓZY PODĽA NANDA I. V SÚVISLOSTI S DELIRANTNÝM STAVOM ALKOHOLOVEJ ETIOLÓGIE

Najčastejšími ošetrovateľskými diagnózami v súvislosti s delirantným stavom alkoholovej etiológie sú:

- akútna zmätenosť (00128);
- riziko násilia voči druhým (00138);
- riziko dysbalancie elektrolytov (00195);
- deficit sebastarostlivosti (00108, 00109, 00102, 0110);
- riziko periférnej neurovaskulárnej dysfunkcie (00086) (Herdman a Kamitsuru, 2020, s. 151-379).

9.1 Ošetrovateľská diagnóza Akútna zmätenosť (00128)

Ošetrovateľská diagnóza	Ošetrovateľské ciele	Ošetrovateľské intervencie
<p>Akútna zmätenosť (00128)</p> <p>Doména: 5. <i>Percepcia/kognícia</i></p> <p>Trieda: 4. <i>Kognícia</i></p> <p>Definícia: Náhly začiatok reverzibilných porúch vedomia, pozornosti, kognície a percepcie, ktoré sa vyvinú za krátke časové obdobie.</p> <p>Určujúce znaky: agitovanosť, alterácia kognitívnych funkcií,</p>	<p>Cieľ č. 1</p> <p>Pacient je orientovaný všetkými kvalitami – osoba, miesto, čas.</p> <p>Cieľ č. 2</p> <p>Pacient má správny cyklus spánku a bdenia.</p> <p>Cieľ č. 3</p> <p>Pacient udrží svoju pozornosť a nemá zrakové a sluchové halucinácie.</p> <p>Cieľ č. 4</p>	<p>Zhodnosť orientovanosť pacienta osobou, miestom a časom.</p> <p>Umiestni do blízkosti pacienta hodiny a familiárne predmety.</p> <p>Pripomínaj pacientovi, kde sa nachádza.</p> <p>Zabezpeč nerušené a pokojné prostredie.</p> <p>Zabezpeč nerušený spánok a odpočinok.</p> <p>Zaisti bezpečnosť pacienta.</p>

<p>alterácia hladiny vedomia, alterácia psychomotorických funkcií, halucinácie, neschopnosť reálneho myslenia, nepokoj, úzkosť, zmeny psychomotorickej aktivity.</p> <p>Súvisiace faktory: delírium, abúzus látok, vek nad 60 rokov, demencia.</p>	<p>U pacienta je zaistené bezpečie a istota.</p>	<p>Odstráň z okolia pacienta nebezpečné predmety.</p> <p>Informuj rodinu pacienta o potrebe častej komunikácie s pacientom.</p>
---	--	---

Tabuľka 16 Ošetrovateľská diagnóza podľa NANDA I. – Akútna zmätenosť (00128)

9.2 Ošetrovateľská diagnóza Riziko násilia voči druhým (00138)

Ošetrovateľská diagnóza	Ošetrovateľské ciele	Ošetrovateľské intervencie
<p>Riziko násilia voči druhým (00138)</p> <p>Doména: 11. Bezpečnosť/ochrana</p> <p>Trieda: 3. Násilie</p> <p>Definícia: Náchylnosť k chovaniu, pri ktorom jedinec dáva najavo, že dokáže fyzicky, emocionálne a/alebo sexuálne ublížiť iným.</p> <p>Rizikové faktory: alterácia kognitívnych funkcií, abúzus látok v anamnéze, neurologické poškodenie, vzorec násilia voči druhým,</p>	<p>Cieľ č. 1 Pacient neohrozuje osoby v jeho blízkosti.</p> <p>Cieľ č. 2 Pacient prejavuje sebakontrolu.</p> <p>Cieľ č. 3 Pacient dokáže rozpoznať vyvolávajúce faktory.</p> <p>Cieľ č. 4 Pacient efektívne využíva podporné systémy.</p>	<p>Umožni pacientovi verbalizovať jeho úzkosť, strach, hnev.</p> <p>Pomáhaj pacientovi identifikovať spúšťacie faktory.</p> <p>Pristupuj k pacientovi vždy empaticky, trpezlivo a nenapomínaj ho.</p> <p>Vo vážnejších situáciách kontaktuj lekára, či inú pomoc.</p> <p>Sleduj prípadné komplikácie a nahlás ich lekárovi.</p>

vzorec hrozieb násilím, psychotická porucha.		Podávaj lieky podľa ordinácie lekára a sleduj ich účinky. Informuj rodinu pacienta, vyjadri empatiu, pochopenie a podporu.
---	--	---

Tabuľka 17 Ošetrovateľská diagnóza podľa NANDA I. – Riziko násilia voči druhým
(00138)

9.3 Ošetrovateľská diagnóza Riziko dysbalancie elektrolytov (00195)

Ošetrovateľská diagnóza	Ošetrovateľské ciele	Ošetrovateľské intervencie
<p>Riziko dysbalancie elektrolytov (00195) Doména: 2. Výživa Trieda: 5. Hydratácia Definícia: Náchylnosť k zmenám rovnováhy elektrolytov v sére, čo môže viesť k oslabeniu zdravia. Rizikové faktory: oslabený regulačný mechanizmus, ochorenia obličiek, štítnej žľazy, časté hnačky, zvracanie, nadmerné potenie, vedľajšie účinky liečiv, hyperhydratácia, delirantné stavy.</p>	<p>Cieľ č. 1 Elektrolyty v sére sú po dobu hospitalizácie v rovnováhe. Cieľ č. 2 Príjem a výdaj tekutín je vyrovnaný.</p>	<p>Pravidelne kontroluj výsledky odberov v krvi (ionty) podľa ordinácie lekára. Sleduj príjem a výdaj tekutín. Sleduj účinky podávaných liekov. Prípadné komplikácie hlás lekárovi.</p>

Tabuľka 18 Ošetrovateľská diagnóza podľa NANDA I. – Riziko dysbalancie elektrolytov
(00195)

9.4 Ošetrovateľská diagnóza Deficit sebastarostlivosti (00108, 00109, 00102, 0110)

Ošetrovateľská diagnóza	Ošetrovateľské ciele	Ošetrovateľské intervencie
<p>Deficit sebastarostlivosti (00108, 00109, 00102, 0110)</p> <p>Doména: 4. Aktivita/odpočinok</p> <p>Trieda: 5. Sebastarostlivosť</p> <p>Definícia: Zhoršená schopnosť samostatne vykonávať alebo dokončiť aktivity týkajúce sa: kúpania, obliekania, stravovania, vyprázdňovania.</p> <p>Určujúce znaky: neschopnosť dostať sa do kúpeľne, zhoršená schopnosť umyť a usušiť si telo, zhoršená schopnosť obliecť/vyzliecť si oblečenie, zhoršená schopnosť užívať pomôcky, zhoršená schopnosť uchopiť hrnček, prehĺtať jedlo, manipulovať s jedlom v ústach, žuť jedlo, vykonať riadnu</p>	<p>Cieľ č. 1 Ošetrujúci personál rozpozná individuálne potreby pacienta.</p> <p>Cieľ č. 2 Pacient vie ako vykonávať osobnú hygienu, stravovanie, obliekanie, vyprázdňovanie v rámci svojich možností.</p> <p>Cieľ č. 3 Pacient bude vykonávať hygienu, stravovanie, obliekanie, vyprázdňovanie v rámci svojich možností</p> <p>Cieľ č. 4 Pacient pozná svoju aktuálny stav, príčiny a princípy liečby</p> <p>Cieľ č. 5 Pacient dodržiava bezpečnostné opatrenia.</p> <p>Cieľ č. 6 Pacient sa snaží zmeniť svoje rutinné spôsoby</p>	<p>Nájdí príčinu neschopnosti pacienta sebastarostlivosti.</p> <p>Zisti stupeň individuálnej poruchy.</p> <p>Vypracuj ošetrovateľský plán v spolupráci s pacientom podľa jeho individuálnych potrieb.</p> <p>Zaisti súkromie, intimitu a bezpečné prostredie.</p> <p>Predchádzaj úrazom.</p> <p>Motivuj pacienta.</p> <p>Zaisti dostatok pomôcok.</p> <p>Zapájaj pacienta do aktivít.</p> <p>Dostatočne informuj/edukuj pacienta a jeho rodinu.</p> <p>Zaisti si dostatok času na pacienta.</p> <p>Začínaj s jednoduchšími úkonmi.</p>

<p>vyprázdnovací hygienu, sedieť na toalete</p> <p>Súvisiace faktory: alterácia kognitívnych funkcií, prekážky v prostredí, úzkosť, poruchy percepcie, bolesť, slabosť, únava, muskuloskeletárne/neuromuskulárne poškodenie, dyskomfort, zhoršená mobilita, psychická porucha, abúzus látok, znížená motivácia</p>	<p>k dosiahnutiu saturácie základných potrieb.</p> <p>Cieľ č. 7 Pacient je schopný rozžúť, prehlnúť sústa jedla a manipulovať s nimi v ústach.</p> <p>Cieľ č. 8 Pacient je schopný uchopiť si hrnček/príbor.</p>	
--	--	--

Tabuľka 19 Ošetrovateľská diagnóza podľa NANDA I. – Deficit sebastarostlivosti (00108, 00109, 00102, 0110)

9.5 Ošetrovateľská diagnóza Riziko periférnej neurovaskulárnej dysfunkcie (00086)

Ošetrovateľská diagnóza	Ošetrovateľské ciele	Ošetrovateľské intervencie
<p>Riziko periférnej neurovaskulárnej dysfunkcie (00086)</p> <p>Doména: 11. Bezpečnosť/ochrana</p> <p>Trieda: 2. Telesné poškodenie</p> <p>Definícia: Náchylnosť k porušeniu prietoku, citlivosti alebo pohybu končatiny, čo môže viesť k oslabeniu zdravia.</p> <p>Rizikové faktory: Popáleniny, zlomeniny, imobilizácia, mechanická kompresia (turniket, sádra, dlaha, obväz, obmedzenie pohybu), ortopedický zákrok, trauma, obštrukcia ciev.</p>	<p>Cieľ č. 1</p> <p>Pacient je bez neurovaskulárnej dysfunkcie.</p>	<p>Dbaj na bezpečnosť pacienta.</p> <p>Kontroluj prekrvenie končatín.</p> <p>Kontroluj inerváciu končatín.</p> <p>Aktivizuj pacienta.</p> <p>Kontroluj miesta pod úväzkami/sádrou/obväzom/dlahou končatín.</p> <p>Riadne vypodkladaj miesta pod úväzkami/sádrou/obväzom/dlahou končatín.</p>

Tabuľka 20 Ošetrovateľská diagnóza podľa NANDA I. – Riziko periférnej neurovaskulárnej dysfunkcie (00086)

10 DISKUSIA

Hlavným cieľom bakalárskej práce bolo zistiť ako delirantný stav alkoholovej etiológie vplýva na celkovú hospitalizáciu v traumatológii v rámci kvalitatívneho výskumu designom kazuistiky. Pre získavanie dát sme použili techniku priameho pozorovania. Dáta sme rovnako čerpali i z dokumentácie respondentov. Výskumné šetrenie prebiehalo vo Fakultnej Nemocnici v Brne na Klinike úrazovej chirurgie.

Hlavný cieľ: *Zistiť, ako delirantný stav alkoholovej etiológie vplýva na kvalitu liečby v traumatológii.* K hlavnému cieľu boli stanovené ďalšie tri čiastkové ciele, a to:

Čiastkový cieľ č. 1: *Zistiť, ako delirantný stav vplýva na dĺžku hospitalizácie pacienta.*

Do výskumu bolo zaradených päť respondentov (štyria muži a jedna žena) vo veku od 42 do 75 rokov s abúзом alkoholu v anamnéze. Delirantný stav vplýval na dĺžku hospitalizácie každého respondenta celkom inak, avšak u každého respondenta došlo k predĺženiu celkovej dĺžky hospitalizácie, a tým rovnako i k výraznému zvýšeniu finančných nákladov v súvislosti s opakovanými laboratórnymi a zobrazovacími vyšetreniami, použitými medikamentami a poskytovanou ošetrovateľskou starostlivosťou.

- respondent č. 1 – dĺžka hospitalizácie bola predĺžená o cca 16 dní, kedy priemerná dĺžka hospitalizácie s lekárskou diagnózou fraktúra krčnej chrbtice je cca 7 dní;
- respondent č. 2 – dĺžka hospitalizácie bola predĺžená o cca 3 dni, kedy priemerná dĺžka hospitalizácie s lekárskou diagnózou komócia mozgová je cca 3-5 dní;
- respondent č. 3 – dĺžka hospitalizácie bola predĺžená o cca 5 dní, kedy priemerná dĺžka hospitalizácie s lekárskou diagnózou fraktúra acetábula je cca 10 dní;
- respondent č. 4 – cieľ nebolo možné určiť, a to z dôvodu nutnosti prekladu pacienta na inú kliniku, ako následok zhoršenia zdravotného stavu a potrebnej UPV;
- respondent č. 5 – dĺžka hospitalizácie bola predĺžená o cca 17 dní, kedy priemerná dĺžka hospitalizácie s lekárskou diagnózou fraktúra krčnej chrbtice je cca 7 dní.

Čiastkový cieľ č. 2: *Zistiť, ako delirantný stav vplýva na mobilizáciu pacienta.*

- respondent č. 1 – delirantný stav ovplyvnil mobilizáciu pacienta natoľko, že pacienta nebolo počas hospitalizácie možné vôbec vertikalizovať z dôvodu jeho nespolupracovania;
- respondent č. 2 – delirantný stav posunul možnosť mobilizácie pacientky o deň;

- respondent č. 3 – delirantný stav ovplyvnil mobilizáciu pacienta natoľko, že jej realizácia nebola možná, a to z dôvodu samotného nespolupracovania pacienta s ošetrojúcim personálom;
- respondent č. 4 – delirantný stav časnú mobilizáciu pacienta neovplyvnil, avšak následná mobilizácia pacienta bola komplikovaná vážnym zhoršením zdravotného stavu pacienta z dôvodu neznámej etiológie;
- respondent č. 5 – delirantný stav mobilizáciu pacienta neovplyvnil na jej časnosti, avšak veľký vplyv malo delírium na samostatnosť pacienta, kedy by vertikalizácia bez pomoci ošetrovateľského personálu nebola možná.

Čiastkový cieľ č. 3: Stanoviť ošetrovateľské diagnózy spojené s delirantným stavom pacientov podľa priority.

Na prvom mieste bola u každého respondenta stanovená rovnaká ošetrovateľská diagnóza, a to **akútna zmätenosť**, druhou súvisiacou ošetrovateľskou diagnózou bolo **riziko násilia voči druhým**. Obe ošetrovateľské diagnózy súviseli s delirantným stavom alkoholovej etiológie, počas ktorej bolo vo väčšine prípadov nutné využiť obmedzujúce prostriedky horných a dolných končatín v kombinácii so sedatívnou medikáciou Tiapridalu, či Diazepamu. U pacientov bola zaistovaná reorientácia, bezpečné prostredie, komunikácia s ošetrojúcim personálom, dostatok času na vyjadrenie sa a rovnako i empatia a trpezlivosť ošetrojúceho personálu. Tretou zhodnou diagnózou bolo **riziko dysbalancie elektrolytov**, ako následok delíria, či už z dôvodu paroxyzmálneho potenia pacienta, alebo z dôvodu odmietania stravy a tekutín a celkovým psychomotorickým nepokojom. U respondentov boli zaistené pravidelné kontrolné odbery krvi, sledovanie/zaznamenávanie bilancie tekutín (príjem a výdaj), časté ponúkание tekutín. Prípadné komplikácie boli vždy hlásené ošetrojúcemu lekárovi. Ďalšou zhodnou ošetrovateľskou diagnózou bol **deficit sebastarostlivosti** v oblasti hygieny, stravovania, obliekania, vyprázdňovania. Tieto oblasti sebastarostlivosti neboli respondenti schopní počas aktívneho delirantného stavu sami a ani za dopomoci realizovať, preto bolo potrebné zaistenie komplexnej ošetrovateľskej starostlivosti. Ako štvrtá zhodná diagnóza bolo určené **riziko periférnej neurovaskulárnej dysfunkcie**, ktoré vzniklo z dôvodu nutného využitia obmedzovacích prostriedkov, a to u všetkých respondentov. Dôvodom bolo predídenie sebapoškodenia pacienta, násilia voči druhým, zamedzenie pádu, ohrozenia invazívnych vstupov a operačných rán a u respondenta č. 1 a 5 zamedzenie sňatia krčného goliera. Ďalšími zhodnými diagnózami

súvisiacimi s delíriom u všetkých respondentov bolo **riziko imobilizačného syndrómu, riziko zhoršenej funkcie pečene, riziko nestabilnej glykémie, riziko pádu, nespavosť a únava**. U respondentov č. 1, 3 a 4 bola stanovená diagnóza **predĺženie pooperačného zotavenia**. U respondentov č. 1, 2 a 5 bola stanovená diagnóza **poškodená dentícia a zanedbávanie seba samého**.

ZÁVER

Cieľom bakalárskej práce bolo kvalitatívnym výskumom desigonom kazuistiky a technikou priameho pozorovania zistiť, ako delirantný stav alkoholovej etiológie vplýva na liečbu v traumatológii. Do výskumu sa zapojilo päť respondentov, ktorí podpísaním Informovaného súhlasu účastníka výskumu (viď Príloha III) súhlasili so zaradením do výskumu. Dáta boli čerpané nie len z priameho pozorovania respondentov, ale rovnako i z ich dokumentácie či už lekárskej, alebo ošetrovateľskej. Bakalárska práca sa skladala z jedného hlavného cieľa a z troch čiastkových cieľov.

Čiastkový cieľ č. 1: Zistiť, ako delirantný stav vplýva na dĺžku hospitalizácie pacienta.

U respondenta č. 1, 2, 3 a 5 došlo k predĺženiu celkovej hospitalizácie v nemocnici následkom delirantného stavu. U respondenta č. 4 nebolo možné dĺžku celkovej hospitalizácie určiť, keďže pacient bol kvôli zhoršeniu zdravotného stavu preložený na inú kliniku, a preto nebolo možné cieľ splniť.

Za zmienku, v súvislosti s predĺžením hospitalizačného obdobia, jednoznačne stojí aj fakt, že u každého respondenta **došlo k výraznému zvýšeniu finančných nákladov**, a to či už v rámci laboratórnych a zobrazovacích vyšetrení, alebo rovnako i na náklady spojené s medikamentóznou liečbou a ošetrovateľskou starostlivosťou o pacientov v delirantnom stave.

Čiastkový cieľ č. 2: Zistiť, ako delírium vplýva na vertikalizáciu pacienta.

U respondenta č. 1 a 3 nedošlo k žiadnej mobilizácii, kvôli jeho nespolupracovaniu z dôvodu vplyvu delíria. U respondenta č. 2 došlo len k minimálnemu obmedzeniu mobilizácie (o jeden deň), u respondenta došlo k plnej vertikalizácii. U respondenta č. 4 nedošlo k obmedzeniu včasnej mobilizácie, avšak na základe vážnych komplikácií spojených s delirantným stavom došlo k zamedzeniu ďalšej mobilizácie. U respondenta č. 5 nedošlo k obmedzeniu mobilizácie následkom delíria tremens vôbec, avšak bola ovplyvnená jeho samostatnosť, čo znamená, že bez značnej dopomoci ošetrojúceho personálu by pacient nebol mobilizácie a sebastarostlivosti schopný.

Čiastkový cieľ č. 3: Stanoviť ošetrovateľské diagnózy spojené s delirantným stavom pacientov podľa priority.

U každého respondenta boli stanovené ošetrovateľské diagnózy súvisiace s delíriom tremens, ale rovnako boli stanovené i diagnózy spojené s hlavnými traumatologickými lekárskymi diagnózami. Ako najzávažnejšie ošetrovateľské diagnózy súvisiace s delíriom, ktoré ovplyvňovali celý priebeh hospitalizácie, liečby a mobilizácie

každého respondenta boli **akútna zmätenosť, riziko násilia voči druhým, riziko dysbalancie elektrolytov, deficit sebastarostlivosti, riziko periférnej neurovaskulárnej dysfunkcie**. Ďalšími dôležitými ošetrovateľskými diagnózami súvisiacimi s delíriom u každého respondenta boli **riziko imobilizačného syndrómu, riziko zhoršenej funkcie pečene, riziko nestabilnej glykémie, riziko pádu, nespavosť a únava**. U respondentov č. 1, 3 a 4 bola stanovená diagnóza **predĺženie pooperačného zotavenia**. U respondentov č. 1, 2 a 5 bola stanovené diagnózy **poškodená dentícia a zanedbávanie seba samého**. U každého respondenta sa tento cieľ podarilo splniť.

Alkoholizmus je veľmi vážny problém súčasnosti, ako bolo tiež dokázané i v tejto bakalárskej práci. Nie len že má alkoholizmus obrovský vplyv na sociálny život, ale v prípade, že sa človek dostane do nemocničného prostredia nemusí sa po hospitalizácii vrátiť ku svojmu rutinnému životu. Ako sme zistili podľa tohto výskumu, delírium tremens vážne ovplyvňuje celkovú liečbu a rekonvalescenciu pacientov.

Odporúčenie pre prax

Ako výstup bakalárskej práce sme navrhli edukačný materiál pre sestry. Leták sa skladá zo stručného opisu delíria tremens, jeho príznakmi, rizikovými faktormi, rýchlou diagnostikou, a rovnako i hlavnými zásadami komunikácie s delirujúcim pacientom a intervenciami sestry počas delirantného stavu (viď Príloha IV).

ZOZNAM POUŽITEJ LITERATÚRY

ARUMUGAM, Suresh et al., 2017. *Delirium in the intensive care unit. Journal of Emergencies, Trauma, and Shock*, 10(1), 37-46. [online]. [cit. 2020-10-03]. DOI: 10.4103/0974-2700.199520. ISSN 0974-2700. Dostupné z: <https://www.onlinejets.org/text.asp?2017/10/1/37/199520>

CALVO-AYALA, Enrique & Khan BABAR, 2013. *Delirium management in critically ill patients. NIH Public Access* 2(1), 23–32. [online]. [cit. 2020-10-03]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4224112/>

ČERŇANOVÁ, Andrea, 2010. *Delírium v ošetrovateľskej praxi. Ošetrovateľský obzor: odborný časopis Ministerstva zdravotníctva SR a Slovenskej zdravotníckej univerzity v Bratislave*. Bratislava: Herba, 7(4-5), s. 98-101. ISSN 1336-5606.

HERDMAN, T. Heather & Shigemi KAMITSURU (Eds.), 2020. *Ošetrovateľské diagnózy: definície a klasifikácie 2018-2020*. 11. vyd. Prel. Petra MANDYSOVÁ. Praha: Grada. 520 s. ISBN 978-80-271-0710-0.

HŮLEK, Petr, Petr URBÁNEK a kol., 2018. *Hepatologie*. 3. vyd. Praha: Grada. 768 s. ISBN 978-80-247-2939-8.

HUNT, Neil, 2003. *Pokrokové zmyšľanie o drogách*. 1. vyd. Bratislava: Nadácia otvorenej spoločnosti. ISBN 80-9692271-0-8.

JANÍK, Alojz a Karel DUŠEK, 1990. *Drogy a spoločnosť*. Praha: Avicenum. 344 s. ISBN 80-201-0087-3.

JIRÁK, Roman, Iva HOLMEROVÁ, Claudia BORZOVÁ a kol., 2009. *Demencia a jiné poruchy paměti: Komunikace a každodenní péče*. Praha: Grada. 164 s. ISBN 978-80-247-2454-6.

KALINA, Kamil a kol., 2003. *Drogy adrogové závislosti 2 (mezioborový přístup)*. Úrad vlády České republiky. 343 s. ISBN 80-86734-05-6.

KALINA, Kamil a kol., 2015. *Klinická adiktologie*. Praha: Grada. 696 s. ISBN 978-80-247-4331-8.

KALINA, Kamil, 2000. *Kvalita a účinnost v prevenci a léčbě závislosti*. Praha: Sananim.

KALISKÁ, Gabriela, 2003. *Proarytmie - závažné nežiadúce účinky liekov. Klin. farmakol.*, 17(3), s. 158-165. ISSN 1803-535.

KALVACH, Zdeněk, Zdeněk ZADÁK, Roman JIRÁK, Helena ZAVÁZALOVÁ, Petr SUCHARDA a kol., 2004. *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada. 861 s. ISBN 80-247-0548-6.

KOLIBÁŠ, Eduard a Vladimír NOVOTNÝ, 1996. *Alkoholismus a drogové závislosti*. Bratislava: Univerzita Komenského. 120 s. ISBN 80-223-1078-6.

KROMBHOLZ, Richard, 2015. *Farmakologicky navozená deliria: Nežádoucí účinky léčiv na CNS a jejich potenciál vyvolat deliria*. *Prakt. lékáren.*, 11(6), s. 198-202. ISSN 1803-5329.

KUTNOHORSKÁ, Jana, 2009. *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha: Grada. 176 s. ISBN 978-80-247-2713-4.

LUKÁŠ, Karel a Aleš ŽÁK, 2014. *Chorobné znaky a příznaky: diferenciální diagnostika*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5067-5.

Marlatt, Alan G. & Dennis M. DONOVAN, 2005. *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. 2nd Edition. New York: The Guilford Press. 416 s. ISBN 9781593856410.

MATĚJOVSKÁ KUBEŠOVÁ, Hana a kol., 2009. *Akutní stavy v geriatricii*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-620-5.

NEŠPOR, Karel, 2007a. *Craving (bažení) u návykových nemocí - jeho význam a léčba*. *Psychiatr. praxi*, 8(1), s. 32-34. ISSN 1803-5272.

NEŠPOR, Karel, 2007b. *Intoxikace alkoholem a kocovina*. *Prakt. lékáren.*, 3(4), s. 156-158. ISSN 1803-5329.

NEŠPOR, Karel, 2017. *Návykové chování a závislosti*. Praha: Portál. 256 s. ISBN 978-80-262-1357-4.

PAVLOVSKÝ, Pavel a Jiří RABOCH, 2013. *Psychiatric*. Praha: Karolinum. 468 s. ISBN 978-80-246-1985-9.

PECINOVSKÁ, Olga, 2011. *Delirium u závislosti na návykových látkách*. *Neurol. praxi*, 12(5), s. 317-320. ISSN 1803-5280.

PEČEŇÁK, Ján, 2011. *Liečba delíria*. *Neurol. praxi*, 12(5), s. 307-310. ISSN 1213-1814.

PETR, Tomáš, Eva MARKOVÁ a kol., 2014. *Ošetrovatelství v psychiatricii*. Praha: Grada. 296 s. ISBN 978-80-247-4236-6.

- PIDRMAN, Vladimír, 2007. *Demence*. Praha: Grada. 184 s. ISBN 978-80-247-1490-5.
- PILCH, Roman, 2011. *Delirium tremens - diagnostika a léčba*. *Psychiatr. praxi*, 12(4), s. 153-155. ISSN 1803-5272.
- POKORNÁ, Andrea a kol., 2013. *Ošetrovatelství v geriatrii*. Praha: Grada. 202 s. ISBN 978-80-247-4316-5.
- PRAŠKO, Ján, Klára LÁTALOVÁ a kol., 2013. *Psychiatrie v primární péči*. Praha: Mladá fronta. 855 s. ISBN 978-80-204-2798-4.
- RABOCH, Jiří a kol., 2006. *Psychiatrie; Doporučené postupy psychiatrické péče II*. Praha: Infopharm. 204 s. ISBN 80-239-8501-9.
- SKÁLA, Jaroslav a kol., 1987 *Závislost na alkoholu a jiných drogách*. Praha: Avicenum. 206 s. ISBN 08-077-87.
- SOBKOVÁ Jana a Pavla KUDLOVÁ, 2016. *Dysfunkční chod rodiny – alkoholismus*. *Zdravotníci sobě*, 5(1), s. 26. ISBN 978-80-905751-4-1.
- ŠEFRÁNEK, Martin, 2012. *Delirantné syndrómy pacientov na OIS*. *Vask. med.*, 4(1-2), s. 17-20. ISSN 1339-4266.
- ŠKORICOVÁ, Marta. 2004. *Syndróm závislosti od alkoholu*. *Čistý deň*, 2(1), s. 7-9.
- TOPINKOVÁ, Eva, 2003. *Delirium ve stáří, jeho rozpoznání, prognóza a léčebné možnosti*. *Česká geriatrická revue*, 1(4), s. 32-39. ISSN 1214-0732.
- TOPINKOVÁ, Eva, 2006. *Obrazový atlas chorobných stavů*. Praha: Grada. 348 s. ISBN 80-247-1670-4.
- VOJÍŘOVÁ, Marcela, 2013. *Delirantní stavy*. *Florence*. Praha: Ambit Media, 9(10), s. 17-19. ISSN 1801-464.

ZOZNAM SKRATIEK

%	Percent
°C	Stupeň Celzia
Á	Každých
ALT	Alaninaminotransferáza
AST	Aspartátaminotransferáza
C ₅	Segment (stavec) krčnej chrbtice
cca	Cirka
cm	Centimeter
CT	Počítačová tomografia
č.	Číslo
D	Dych
Dcl	Deciliter
EKG	Elektrokardiografia
FF	Fyziologické funkcie
G	Gauge
g	Gram
g/l	Gram na liter
GCS	Glasgow Coma Scale
GGT	Gama-glutamyltransferáza
GUSS	Gugging and Swallowing Screen
hod.	Hodín
i.m.	Intramuskulárne
i.v	Intravenózne
INR	International Normalized Ratio
IU	International Unit

JIS	Jednotka intenzívnej starostlivosti
kg	Kilogram
l	Liter
LMWH	Low Molecular Weight Heparin
MAD	Klasifikácia tiaže flebitis podľa Madona
Mg	Miligram
mg/l	Miligram na liter
min.	Minúta
ml	Mililiter
ml/hod.	Mililiter za hodinu
mm Hg	Milimeter ortuťového stĺpca
mmol/l	Milimol na liter
ng/ml	Nanogram na mililiter
NGS	Nasogastrická sonda
NUP	Nízkoprahový urgentný príjem
O ₂	Kyslík
OUP	Oddelenie urgentného príjmu
P	Pulz
p.o	Peros
PEG	Perkutánná endoskopická gastrotómia
PMK	Permanentný močový katéter
PŽK	Periférny žilný katéter
R	Rýchlosť
RD	Redonov drén
RTG S+P	Röntgenologické vyšetrenie srdca a pľúc
RTG	Röntgenologické vyšetrenie

RZP	Rýchla zdravotnícka pomoc
s.c	Subkutánne
SpO ₂	Saturácia krvi kyslíkom
str.	Strana
TK	Tlak krvi
TT	Telesná teplota
ug/l	Mikrogram na liter
ukat/l	Mikrokatal na liter
UPV	Umelá pľúcna ventilácia
VAS	Vizuálna analógová škála
VLC	Vulnero-lacero-contusum

ZOZNAM TABULIEK

Tabuľka 1 Anamnéza kazuistiky č. 1.....	34
Tabuľka 2 Farmakologická terapia kazuistiky č. 1.....	37
Tabuľka 3 Ošetrovateľské diagnózy podľa NANDA I. kazuistiky č. 1	41
Tabuľka 4 Anamnéza kazuistiky č. 2.....	44
Tabuľka 5 Farmakologická terapia kazuistiky č. 2.....	45
Tabuľka 6 Ošetrovateľské diagnózy podľa NANDA I. kazuistiky č. 2	48
Tabuľka 7 Anamnéza kazuistiky č. 3.....	51
Tabuľka 8 Farmakologická terapia kazuistiky č. 3.....	54
Tabuľka 9 Ošetrovateľské diagnózy podľa NANDA I. kazuistiky č. 3	57
Tabuľka 10 Anamnéza kazuistiky č. 4.....	60
Tabuľka 11 Farmakologická terapia kazuistiky č. 4.....	62
Tabuľka 12 Ošetrovateľské diagnózy podľa NANDA I. kazuistiky č. 4	65
Tabuľka 13 Anamnéza kazuistiky č. 5.....	68
Tabuľka 14 Farmakologická terapia kazuistiky č. 5.....	70
Tabuľka 15 Ošetrovateľské diagnózy podľa NANDA I. kazuistiky č. 5	74
Tabuľka 16 Ošetrovateľská diagnóza podľa NANDA I. – Akútna zmätenosť (00128).....	76
Tabuľka 17 Ošetrovateľská diagnóza podľa NANDA I. – Riziko násilia voči druhým (00138).....	77
Tabuľka 18 Ošetrovateľská diagnóza podľa NANDA I. – Riziko dysbalancie elektrolytov (00195).....	77
Tabuľka 19 Ošetrovateľská diagnóza podľa NANDA I. – Deficit sebastarostlivosti (00108, 00109, 00102, 0110)	79
Tabuľka 20 Ošetrovateľská diagnóza podľa NANDA I. – Riziko periférnej neurovaskulárnej dysfunkcie (00086)	80

ZOZNAM PRÍLOH

Príloha P I.: Žiadosť o zber dát/poskytnutie informácií pre študijné účely vo Fakultnej nemocnici Brno

Príloha P II.: Žiadosť o prístup k informáciám vo Fakultnej nemocnici Brno

Príloha P III.: Informovaný súhlas účastníka výskumu

Príloha P IV.: Edukačný leták – Delírium Tremens a jeho manažment

Príloha P V.: Pozorovací arch

PRÍLOHA P I.: ŽIADOSŤ O ZBER DÁT/POSKYTNUTIE INFORMÁCIÍ PRE ŠTUDIJNÉ ÚČELY VO FAKULTNEJ NEMOCNICI BRNO



FAKULTNÍ NEMOCNICE BRNO
Jihlavská 20, 625 00 Brno
tel. 532 231 111

ODDĚLENÍ ORGANIZACE ŘÍZENÍ
tel. 532 232 667

ŽÁDOSŤ O SBĚR DAT/POSKYTNUTÍ INFORMACE PRO STUDIJNÍ ÚČELY v souvislosti se závěrečnou diplomovou (odbornou) prací studentů škol

Vyplňuje žadatel:

Jméno a příjmení žadatele: SIMONA VIERIKOVÁ
Datum narození: Telefon: E-mail: s-vierikova@ufb.cz
Adresa trvalého bydliště:
Přesný název školy/fakulty: UNIVERZITA TOMÁŠE BATI VE ZLÍNĚ, FAKULTA HUMANITNÍCH STUDIÍ
Obor studia: VŠEOBECNÉ OŠETROVATELSTVÍ
Forma studia: prezenční kombinovaná

Téma závěrečné práce: VPLYV DELIRANTNÝCH STAVŮ NA LIEČBU V TRAUMATOLOGII

Účel žádosti:

- sběr dat/zjišťování informací pro zpracování diplomové/bakalářské práce
 sběr dat/zjišťování informací pro zpracování seminární/odborné práce
 sběr dat/zjišťování informací pro jiný účel: (uveďte):

Žadatel je zaměstnancem/rodinným příslušníkem zaměstnance FN Brno: -
 ANO Pracoviště/Jméno zaměstnance FN Brno: KLINIKA ÚRAZOVÉ CHIRURGIE NE
(informace slouží k posouzení žádosti v případě dotazníkové akce – benefit pro zaměstnance FN Brno a rodinné příslušníky)

Požadavek na (zaškrtněte):

V případě, že žadatel potřebuje získat informaci o počtech vyšetření/ošetření a předem má souhlas konkrétního pracoviště, že tato data mu budou poskytnuta vedením tohoto pracoviště bez nutnosti jeho nahlížení do zdravotnické dokumentace pacientů, vyplní oddíl „Ostatní – statistická data“. Jinak vyplní oddíl „Nahlížení do zdr. dokumentace“.

Dotazníková akce pro pacienty FN Brno pro zaměstnance FN Brno

Počet respondentů, kteří budou vyplňovat dotazník:

Termín, kdy proběhne vyplnění dotazníků: od: do:

Pracoviště, kde bude dotazníková akce probíhat:

K vyplněné žádosti je nutno doložit vzor vašeho dotazníku!

Nahlížení do zdravotnické dokumentace

Předpokládaný počet kusů zdravotnické dokumentace, do které bude žadatel nahlížet: 6

Termín, ve kterém bude žadatel nahlížet do zdravotnické dokumentace: od 1. 11. 2020 do 31. 8. 2021

Pracoviště, ze kterého/kterých bude zdravotnická dokumentace pacientů: KLINIKA ÚRAZOVÉ CHIRURGIE

Přesná specifikace co bude žadatel vyhledávat ve zdravotnické dokumentaci: POKLADY PŘE SPRACOVANÉ KAZUISTIKY

Ostatní

kazuistika – počet: 6

vedení rozhovoru s pacientem FN Brno – počet pacientů: z kterého pracoviště:

vedení rozhovoru se zaměstnancem FN Brno – počet zaměstnanců: povolání:
z kterého pracoviště:

K vyplněné žádosti je nutno doložit vzor rozhovoru (orientační okruh otázek)!

statistická data – informace o počtech např. zdravotnických výkonů, vyšetření, určité agendy (např. porodnost), přístrojích

jiné (specifikujte):

Za které období budou data zjišťována:

Kdy proběhne sběr dat žadatelem: od: do:

Pracoviště, kde bude sběr dat probíhat:

Přesná specifikace co bude žadatel zjišťovat:

Budete FN Brno uvádět jako „zdroj dat“ ve své práci?: ANO NE

Poučení: Žadatel bere na vědomí, získaná data mohou být použita pouze pro účel uvedený v této žádosti. Další nakládání s daty bez souhlasu FN Brno pro jiný účel je považováno za neoprávněné.

Žadatel souhlasí se zpracováním jeho osobních údajů dle zásad GDPR pro účely evidence této žádosti. Zavazuje se zachovat mlčenlivost o skutečnostech, o nichž se dozví v souvislosti s prováděným výzkumem a sběrem dat/informací. V případě, že žadatel uvádí FN Brno jako „zdroj informací“, je jeho povinností předložit zpracované výsledky ke schválení vedoucímu zaměstnanci v přímé podřízenosti příslušného zdravotnického náměstka FN Brno, který žádost o sběr dat/poskytnutí informace ve FN Brno povolil. Prezentace výsledků s uvedením jména Fakultní nemocnice Brno je možná pouze s jeho souhlasem.

Vyplněnou žádost odešlete do FN Brno:

a) **elektronicky** (bez vašeho podpisu, který je nahrazen tím, že odesíláte žádost ze své e-mailové adresy) na adresu: Pernickova.Vlasta@fnbrno.cz

b) nebo **v listinné formě** (s vaším podpisem na žádosti) na adresu:

Fakultní nemocnice Brno
Oddělení organizace řízení – Vlasta Perníčková
Jihlavská 20,
625 00 Brno

Datum: 26. 10 2020

Podpis:

Vyplňuje a potvrzuje FN Brno:

Oddělení organizace řízení:

Zaevidováno na OOR dne: 26 -10- 2020 pod číslem: 2020/133 PPS / FN Brno -

Vyjádření vedoucího zaměstnance příslušného útvaru, kde bude probíhat sběr dat/informací:

souhlas/nesouhlas - útvar: KUCH

Vedoucími zaměstnanci v přímé podřízenosti příslušného náměstka FN Brno postoupeno dne 27 -10- 2020

Žadatel je zaměstnancem FN Brno od: 1. 10. 2018 útvaru: KUCH na pozici: praktická sestra

Žadatel je rodinným příslušníkem zaměstnance FN Brno: z útvaru:

V Brně dne 29 -10- 2020

referent/vedoucí OOR

Oddělení organizace řízení:

V případě placené služby dle Ceníku EO č. 62/2019-09.5:

souhlas žadatele s placenou službou

nesouhlas žadatele s placenou službou, požadavek na storno žádosti ze strany žadatele

Způsob platby: na pokladně FN Brno

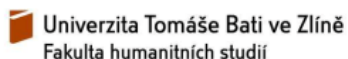
fakturou na účet FN Brno

Částka připsána na účet FN Brno dne:

Žádost uzavřena dne: 29 -10- 2020

podpis vedoucího/referenta OOR

PRÍLOHA P II.: ŽIADOSŤ O PRÍSTUP K INFORMÁCIÁM VO FAKULTNEJ NEMOCNICI BRNO



ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ PŘÍSTUPU K INFORMACÍM

Obracíme se na Vás s žádostí o umožnění přístupu k informacím na Vašem pracovišti, pro níže uvedeného studenta. Tento student v rámci ukončení studia bude zpracovávat bakalářskou práci, jejíž součástí je teoretická a empirická část. K tomu, aby mohl práci dokončit, potřebuje pracovat s informacemi z Vašeho pracoviště. Student je poučen o povinné mlčenlivosti a ochraně dat, včetně důsledků, které mu při porušení mlčenlivosti hrozí. Jedná se o studenta 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetrovatelství, studijního oboru Všeobecná sestra (prezenční – kombinovaná forma studia).

Jméno a příjmení studenta	Simona Vieriková	
Téma bakalářské práce	Vplyv delirantných stavov na liečbu v traumatológii	
Vedoucí bakalářské práce	doc. MUDr. Jiří Gatěk, Ph.D. podpis	
Skupina respondentů	Kazuistiky - pacienti s delirantným stavom na klinike úrazovej chirurgie	
Pracoviště	Vyjádření vrchní sestry / vedoucího pracoviště (nehodící se škrtněte)	Podpis
	Souhlasím Nesouhlasím	
	Souhlasím Nesouhlasím	

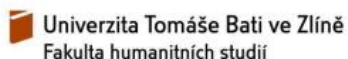
Děkujeme za pochopení a spolupráci.

Ve Zlíně dne - 9 -12- 2020

.....
ředitelka Ústavu zdravotnických věd

.....
razítko a podpis zástupce zařízení

PRÍLOHA P III.: INFORMOVANÝ SÚHLAS ÚČASTNÍKA VÝSKUMU



INFORMOVANÝ SOUHLAS ÚČASTNÍKA VÝSKUMU

Vážený pane,

v souladu s etickými zásadami realizace výzkumu a ochranou osobních údajů Vás žádám o souhlas s Vaší účastí ve výzkumném projektu v rámci bakalářské práce.

Název bakalářské práce: Vliv delirantních stavů na léčbu v traumatologii

Řešitel projektu: Simona Vieriková

Název pracoviště: Ústav zdravotnických věd, Fakulta humanitních studií, Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně.

Vedoucí práce: doc. MUDr. Jiří Gatěk, PhD

Cíl výzkumu: Zjistit jaký dopad má delirantní stav alkoholové etiologie na léčbu v traumatologii.

Popis výzkumu: Bakalářská práce je zpracována designem případové studie – kazuistiky. Informace o zdravotním stavu jsou čerpány ze zdravotnické dokumentace a přímým pozorováním pacienta. Data v kazuistice budou anonymizována a uveden bude pouze rok narození a pohlaví. Kazuistika bude v bakalářské práci uveřejněna přísně anonymně bez jakýchkoliv osobních údajů. S účastí v kazuistice bakalářské práce není spojeno poskytnutí žádné finanční ani jiné odměny. Pacient může svou účast kdykoliv přerušit, či zcela zrušit, a to bez ovlivnění průběhu další léčby pacienta. Pacientova účast při sběru dat k bakalářské práci je zcela dobrovolná.

.....
datum a podpis řešitele projektu

.....
datum a podpis vedoucího práce

Prohlášení a souhlas účastníků s jejich zapojením do výzkumu:

Prohlašuji a svým níže uvedeným vlastnoručním podpisem potvrzuji, že dobrovolně souhlasím s účastí ve výše uvedeném projektu a že jsem měl/a možnost si řádně a v dostatečném čase zvážit všechny relevantní informace o výzkumu, zeptat se na vše podstatné týkající se účasti ve výzkumu a že jsem dostal/a jasné a srozumitelné odpovědi na své dotazy. Byl/a jsem poučen/a o právu odmítnout účast ve výzkumném projektu nebo svůj souhlas kdykoli odvolat bez represí.

Dávám kvalifikovaný souhlas k tomu, aby UTB shromažďovala, zpracovávala a uchovávala mnou uvedené údaje za účelem výzkumu realizovaného v rámci bakalářské práce. UTB ve Zlíně bude postupovat podle závazných ustanovení zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů a zákona č. 133/2000 Sb. v platném znění. UTB zajistí maximální možnou ochranu těchto údajů vůči třetím osobám a vůči jejich zneužití.

Jméno a příjmení účastníka:..... Datum narození:.....

Adresa trvalého bydliště účastníka:.....

Podpis účastníka:

PRÍLOHA P IV.: EDUKAČNÝ LETÁK – DELÍRIUM TREMENS A JEHO MANAŽMENT

RÝCHLA DIAGNOSTIKA DELÍRIA TREMENS		RIZIKOVÉ FAKORY DELÍRIA TREMENS
CIWA-Ar Škála		Rizikové faktory pre rozvoj delíria tremens sú: <ul style="list-style-type: none"> - Delírium tremens v anamnéze - Záchvaty pri alkoholovom syndróme - Prídružené a súčasné ochorenia - Častá a nadmerná konzumácia alkoholu - Intenzívny „craving“ - Predchádzajúca detoxifikačná liečba - Vyšší vek - Hypokalémia - Trombocytopenia - Prítomnosť štrukturálnych zmien mozgu
Symptómy	Počet bodov	
Nauzea/zvracanie	0 (neprítomné) – 7 (neustála nauzea/zvracanie)	
Tremor	0 (neprítomné) – 7 (silný tremor)	
Paroxyzmálne potenie	0 (neprítomné) – 7 (nadmerné potenie)	
Úzkosť	0 (neprítomná) – 7 (akútny panický stav)	
Agitovanosť	0 (neprítomná) – 7 (silná psychomotorická excitácia)	
Taktilné poruchy	0 (neprítomné) – 7 (pretrvávajúce halucinácie)	
Sluchové poruchy	0 (neprítomné) – 7 (pretrvávajúce halucinácie)	
Vizuálne poruchy	0 (neprítomné) – 7 (pretrvávajúce halucinácie)	
Bolesť hlavy	0 (neprítomná) – 7 (extrémne silná)	
Orientácia/zastrenie zmyslov	0 (orientovaný) – 7 (dezorientovaný miestom, časom alebo osobou)	

Počet bodov **menej než 10** – bez indikácie farmakologickej liečby



Počet bodov **od 10 do 20** – pacient vyžaduje klinické posúdenie a zväznenie farmakologickej liečby

Počet bodov **viac než 20** – známky závažného alkoholového syndrómu




DELÍRIUM TREMENS A JEHO MANAŽMENT

Príručka pre sestry

DELÍRIUM TREMENS	INTERVENČIE SESTRY POČAS DELÍRIA	KOMUNIKÁCIA S PACIENTOM V DELÍRIU
<p>Delírium tremens je veľmi závažný stav, ktorý nastáva z dôsledku náhleho prerušenia užívania alkoholu u pacientov závislých na alkohole.</p> <p>Po 6 až 48 hodinách od posledného užitia alkoholu sa dostávajú prvé príznaky ako napríklad nespavosť, tras, úzkosť, bolesti hlavy, palpitácie, nechutenstvo, riziko vzniku generalizovaných tonicko-klonických záchvatov.</p> <p>Po 12 až 24 hodinách od posledného užitia alkoholu sa dostávajú vizuálne a sluchové halucinácie.</p> <p>Po 48 až 96 hodinách po poslednom užití alkoholu dochádza k plno rozvinutému delíriu tremens (silné halucinácie, dezorientácia, hypertenzia, tachykardia, hypertermia, agitovanosť, hyperventilácia, nadmerné potenie).</p> 	<p>Monitorovanie pacienta – kontrola fyziologických funkcií (TK, P, D, SpO₂, TT), kontrola vedomia, kontrola orientácie</p> <p>Zaistenie bezpečnosti – odstránenie všetkých potenciónálne nebezpečných predmetov z dosahu pacienta, zaistenie zdvihnutých postranníc na lôžku,</p> <p>Starostlivosť o bolesť pacienta – sledovanie bolesti pomocou škál, zaistenie úľavovej polohy, aplikácia analgetík podľa rozpisu lekára</p> <p>Zaistenie hydratácie a výživy – zaistenie dostatočného príjmu tekutín a správnej výživy</p> <p>Zaistenie prostredia – prevencia nadmerného hluku, zaistenie tmavého prostredia v čase spánku, nastavenie rutiny, eliminácia častej zmeny personálu, eliminácia stimulov, podpora efektívneho spánku, umiestnenie hodín v blízkosti pacienta</p> <p>Reorientácia pacienta – pripomínanie pacientovi, kde sa nachádza, čo sa mu stalo, aký je deň, dátum, rok, čas</p> <p>Podpora mobility pacienta – skorá mobilizácia a pravidelná rehabilitácia pacienta</p> <p>Zaistenie familiárnych predmetov a návštev rodiny a blízkych osôb pacienta – zaistenie sociálnej interakcie</p> <p>Dokumentácia – zápis o vykonaní všetkých realizovaných intervenciách a prípadných zmenách v zdravotnom stave pacienta</p>	<p>Základné zásady komunikácie s pacientom v delíriu:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Priame oslovenie pacienta ▪ Získanie pozornosti pacienta ▪ Udržovanie očného kontaktu ▪ Zreteľná artikulácia ▪ Pomalá, pokojná a jasná reč ▪ Krátke a jednoduché vety ▪ Nevyužívať viac pokynov naraz ▪ Nepokladať viac než jednu otázku za sebou ▪ Nezvyšovať hlas ▪ Vyhybať sa náhlym pohybom ▪ Pripomínať pacientovi, kto s ním komunikuje ▪ Nevjadrovať nesúhlas s pacientom ▪ Rešpektovať osobný priestor pacienta ▪ Využitie gestikulácie, mimiky (k upokojeniu pacienta) 

Edukčný leták spracovaný v rámci bakalárskej práce na tému „Vplyv delirantných stavov na liečbu v traumatológii“. Vytvorili: Simona Vieriková (študentka) a doc. MUDr. Jiří Gašák, Ph.D. (vedúci práce) Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií, 2021

PRÍLOHA P V.: POZOROVACÍ ARCH

POZOROVACÍ ARCH					
Dátum:		Dátum prijatia na oddelenie:			
Záznam č.:		Dĺžka hospitalizácie:			
Pacient č.:		Vek:		Pohlavie:	
Anamnéza pacienta					
RA					
OA					
AA					
FA					
SA					
Abúzy	Fajčenie		Alkohol		Iné
Výživa	Výška		Váha		BMI
Barthelovej test					
Spolupráca					
FF	TK	P	D	TT	SpO ₂
Bolesť, VAS					
Kompenzačné pomôcky					
Spánok	Pravidelný			Nepravidelný	
	Budenie počas spánku			Budenie nad ránom	
	Problémy so zaspávaním			Medikácia	
	Iné				

Vyprázdňovanie					
DÚ, chrup					
Invazívne vstupy	PŽK	CŽK	ARTK		
	PMK				
	PEG/PEJ/NGS		RD/HD		
	Iné				
Predoperačné vyšetrenia	Interné	ARO	EKG	RTG S+P	Odbery
	Poznámky				
Hlavné lekárske diagnózy					
Priebeh hospitalizácie a delirantného stavu					
GCS, vedomie, spolupráca					
FF	TK	P	D	TT	SpO ₂
Zavedené vstupy	PŽK	CŽK	ARTK		
	PMK		RD/HD		
	PEG/PEG/NGS		MAD stupnica		
Farmakologická terapia					
Bilancie tekutín	Príjem		Výdaj		
	Peorálny		Moč		
	Parenterálny		RD/HD		

	NGS/PEG/PEJ		Iné
	Iné		
Laboratórne vyšetrenia	Biochemické		
	Hematologické		
	Iné		
Zobrazovacie vyšetrenia	CT	USG	Iné:
	RTG	MRI	
Pred/pooperačná starostlivosť			
Vertikalizácia			
Priebeh delirantného stavu			