

Ošetrovatelská péče o pacienta s deliriem

Sabina Valová

Bakalářská práce
2024



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav zdravotnických věd

Akademický rok: 2023/2024

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: Sabina Valová
Osobní číslo: HZ10130
Studijní program: B0913P360015 Všeobecné ošetřovatelství
Forma studia: Kombinovaná
Téma práce: Ošetřovatelská péče o pacienta s delíriem

Zásady pro vypracování

Rešerše literatury.

Vymezení pojmů a teoretických východisek v oblasti ošetřovatelské péče o pacienta s delíriem.

Příprava metodiky kvalitativního výzkumu.

Formulace kritérií pro výběr participanta.

Realizace kvalitativního výzkumu formou případové studie.

Zpracování, vyhodnocení a interpretace získaných dat.

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

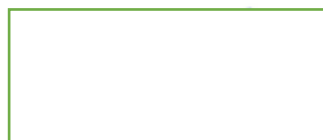
Forma zpracování bakalářské práce: **tisková/elektronická**

Seznam doporučené literatury:

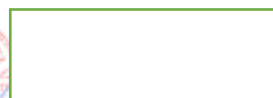
JIRÁK, R. *Gerontopsychiatrie*. Praha: Galén, 2013. 348 s. ISBN 978-80-7262-873-5.
KAPOUNOVÁ, G. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. 2. vyd. Praha: Grada, 2020. 388 s. ISBN 978-80-271-0130-6.
LÁTALOVÁ, K. *Agresivita v psychiatrii*. Praha: Grada, 2013. 240 s. ISBN 978-80-247-4454-4.
MARKOVÁ, E. a T. PETR. *Ošetrovatelství v psychiatrii*. Praha: Grada, 2014. 296 s. ISBN 978-80-247-4236-6.
ROBNETT, R. H., N. BROSSOIE & W. C. CHOP. *Gerontology for Health Care Professionals*. Burlington: Jones & Bartlett Learning, 2015. 475 p. ISBN 978-12-841-4056-9.

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Andrea Hoffmannová**
Ústav zdravotnických věd

Datum zadání bakalářské práce: **3. listopadu 2023**
Termín odevzdání bakalářské práce: **17. května 2024**



Mgr. Libor Marek, Ph.D.
děkan



Mgr. Věra Vránová, Ph.D.
ředitelka ústavu

Ve Zlíně dne 9. ledna 2024

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(a) samostatně a použitou literaturu jsem citoval(a).
V případě publikace výsledků budu uveden(a) jako spoluautor.

Ve Zlíně 2.5.2024

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 nevydávalečně 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, užitje-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). Odpírá-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 přihlíží k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

ABSTRAKT

Tato bakalářská práce zkoumá specifika ošetrovatelské péče o pacienta s deliriem. Delirium je akutní stav, který postihuje pacienty v nemocničním prostředí a charakterizuje se zmateností, dezorientací, narušenou pozorností a změnami v kognitivních funkcích. Ošetrovatelská péče o pacienta v deliriu je nezbytná pro zajištění bezpečnosti, prevenci komplikací a zlepšení kvality života pacienta. Hlavním cílem práce bylo stanovit nezbytné činnosti ošetrovatelské péče u pacientů ve stavu deliria. První část bakalářské práce je teoretická, druhá část se opírá o kvalitativní výzkum, který byl proveden formou případové studie na standardním chirurgickém oddělení v nemocnici na Vsetínsku. Data, která formulují praktickou část, byla získávána pozorováním a analýzou zdravotnické dokumentace. Zkoumáním bylo zjištěno, že nejdůležitějšími činnostmi v péči o pacienta s deliriem, je jeho prevence, dále poté zajištění bezpečnosti, vhodný spánkový režim, dostatečná hydratace a farmakologická terapie.

Klíčová slova: delirium, ošetrovatelská péče, prevence, kognitivní funkce, hospitalizace

ABSTRACT

This bachelor's thesis examines the specifics of nursing care for a patient with delirium. Delirium is an acute condition that affects patients in a hospital setting and is characterized by confusion, disorientation, impaired attention and changes in cognitive function. Nursing care of a delirious patient is essential to ensure safety, prevent complications and improve the patient's quality of life. The main goal of the thesis was to determine the necessary activities of nursing care for patients in a state of delirium. The first part of the bachelor's thesis is theoretical, the second part is based on qualitative research, which was carried out in the form of a case study at a standard surgical department in a hospital in Vsetín. The data that formulate the practical part was obtained by observation and analysis of medical documentation. The research found that the most important activities in the care of a patient with delirium are its prevention, followed by ensuring safety, a suitable sleep regime, sufficient hydration and pharmacological therapy.

Keywords: delirium, nursing care, prevention, cognitive functions, hospitalization

Ráda bych poděkoval paní Mgr. Andree Hoffmannové za její odborné vedení mé bakalářské práce a za cenné rady a připomínky, které mi poskytla.

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

OBSAH

ÚVOD	10
I TEORETICKÁ ČÁST	11
1 DEFINICE, ETIOLOGIE, KLINICKÝ OBRAZ, DIAGNOSTIKA A LÉČBA DELIRIA	12
1.1 DEFINICE DELIRIA A PŘÍZNAKY.....	12
1.2 ETIOLOGIE.....	13
1.2.1 Somatogenní příčiny	13
1.2.2 Intoxikační faktory	13
1.2.3 Psychosociální stresory	14
1.3 KLINICKÝ OBRAZ	14
1.3.1 Hyperaktivní delirium	15
1.3.2 Hypoaktivní delirium	15
1.3.3 Smíšená forma deliria	15
1.4 RIZIKOVÉ FAKTORY.....	15
1.5 DIAGNOSTIKA	16
1.5.1 Screening delirantních stavů	16
1.6 TERAPIE	17
1.7 FARMAKOLOGICKÁ LÉČBA DELIRIA.....	17
1.8 NEFARMAKOLOGICKÁ LÉČBA DELIRIA	18
2 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O PACIENTA S DELIRIEM	19
2.1 PŘEDCHÁZENÍ VZNIKU DELIRIA	20
2.1.1 Hodnocení rizikových faktorů.....	20
2.1.2 Hydratace	20
2.1.3 Výživa	21
2.1.4 Aktivita a kontakt s okolím.....	22
2.1.5 Prostředí	23
2.1.6 Korekce smyslových deficitů.....	23
2.2 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE PŘI ROZVINUTÉM DELIRIU.....	25
2.2.1 Souhlas s poskytováním zdravotních služeb.....	25
2.2.2 Problémové chování.....	26
2.2.3 Omezovací prostředky	26
II PRAKTICKÁ ČÁST	28
3.1 METODIKA EMPIRICKÉHO ŠETŘENÍ	29
3.2 CÍLE EMPIRICKÉHO ŠETŘENÍ	30
3.3 METODY EMPIRICKÉHO ŠETŘENÍ	30
3.3.1 Pozorování.....	30

3.3.2	Narativní rozhovor	31
3.3.3	Sběr informací ze zdravotnické dokumentace	31
3.4	PRŮBĚH VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ.....	32
3.5	VÝZKUMNÝ SOUBOR	32
4	PŘÍPADOVÁ STUDIE	34
4.1	CHARAKTERISTIKA PŘÍPADU	34
4.2	ANAMNÉZA	35
4.2.1	Měření fyziologických funkcí	36
4.2.2	Krevní odběry.....	36
4.2.3	Odběry moče	38
4.2.4	Lékařské diagnózy při přijetí	38
4.2.5	Léčebný plán	38
4.2.6	Ošetrovatelské diagnózy	39
4.2.7	Přehled invazivních vstupů	39
4.3	KATAMNÉZA	40
4.5	ROZHOVOR.....	45
4.6	ANALÝZA DAT.....	47
5	DISKUSE	49
6	DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....	51
7	ZÁVĚR.....	52
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	53
	SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....	56
	SEZNAM TABULEK.....	58
	SEZNAM PŘÍLOH.....	59

ÚVOD

Delirium je častý a potenciálně život ohrožující stav, se kterým se nemocniční personál běžně setkává. Delirium je charakterizováno náhlou změnou duševního stavu, včetně zmatenosti, dezorientace a změny vnímání. Jedná se o komplexní a multifaktoriální syndrom, který může být způsoben řadou faktorů, včetně léků, infekcí a základních onemocnění, ale i změnou prostředí nebo podstoupenou anestézií (Hosák, Hrdlička, et al., 2015). Léčba deliria vyžaduje multidisciplinární přístup, přičemž klíčovou roli při posuzování, prevenci a léčbě tohoto stavu hraje ošetřující personál. Sestry jsou často prvními zdravotnickými pracovníky, kteří delirium u pacientů rozpoznají, a hrají důležitou roli při provádění intervencí k prevenci a zvládnutí deliria u hospitalizovaných pacientů (Jirák, et al., 2009). Cílem této bakalářské práce je prozkoumat úlohu sester v péči o pacienty s deliriem. Konkrétně se tato bakalářská práce zaměřuje na hodnocení a léčbu deliria u hospitalizovaných pacientů se zvláštním důrazem na ošetrovatelské intervence, které lze použít k prevenci a léčbě deliria. Teoretická část této bakalářské práce poskytne přehled deliria, včetně jeho definice, prevalence a rizikových faktorů. Následovat bude přehled současných pokynů založených na důkazech pro hodnocení a léčbu deliria u hospitalizovaných pacientů, bude se zabývat ošetrovatelskými intervencemi, které lze použít k prevenci a zvládnutí deliria u hospitalizovaných pacientů. V této části se práce také bude zabývat využitím environmentálních intervencí, jako je podpora klidného a dobře osvětleného prostředí, a také využití kognitivních intervencí. Podstatnou součástí je také úloha farmakologických intervencí při zvládnutí deliria, včetně používání antipsychotických léků a dalších farmakologických látek. V závěrečné praktické části této bakalářské práce bude představena případová studie pacienta s deliriem, která poukáže na ošetrovatelské hodnocení, intervence a výsledky péče o tohoto konkrétního pacienta. Tato případová studie bude ilustrovat výzvy a složitosti péče o pacienty s deliriem, jakož i dopad ošetrovatelských intervencí na zvládnutí tohoto stavu. Zkoumáním hodnocení a léčby deliria u hospitalizovaných pacientů poskytne tato bakalářská práce cenné poznatky o ošetrovatelských intervencích, které lze využít k prevenci a léčbě pacientů s deliriem. V konečném důsledku má tato práce za cíl zlepšit kvalitu péče o delirantní pacienty a posílit roli ošetrovatelství v léčbě tohoto složitého a náročného stavu.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 DEFINICE, ETIOLOGIE, KLINICKÝ OBRAZ, DIAGNOSTIKA A LÉČBA DELIRIA

Následující podkapitoly se zabývají obecnou definicí deliria, jeho etiologií, klinickým obrazem, diagnostikou a léčbou.

1.1 Definice deliria a příznaky

Delirium je klinické onemocnění, které je charakterizováno poruchou vědomí spojenou s dezorientací, různými stupni neklidu, emocionálními změnami, zejména úzkostí, někdy i s výskytem bludů a poruchami vnímání. Termín "amence" se již nepoužívá (byl používán pro mírná deliria bez většího neklidu). Českým ekvivalentem pojmu delirium je "stav zmatenosti". Zmatenost bývá často zaměňována s dezorientací, ale není to totéž. Člověk s nesprávnou orientací může být stále vědomý. Správným adjektivem k deliriu je "deliriózní", nikoliv "delirantní", jak je nesprávně běžně používáno. Většina delirií je krátkého trvání, často se však opakují. Tento průběh deliria se nazývá tranzitorní (Seifertová, Praško a Höschl, 2004). Delirium je náhlá a závažná porucha duševních schopností, která se může vyskytnout u lidí jakéhokoli věku, ale častěji u starších dospělých. Je charakterizováno zmateností, dezorientací a poruchami myšlení, vnímání a vědomí. Delirium se může rozvinout rychle během několika hodin nebo dnů a často je vyvoláno základním zdravotním stavem, jako je infekce, intoxikace léky nebo metabolická nerovnováha. Příznaky deliria se mohou u jednotlivých osob lišit, obvykle však zahrnují potíže se soustředěním, problémy s pamětí, halucinace a sníženou schopnost efektivní komunikace. Pacienti s deliriem mohou působit rozrušeně, neklidně nebo podrážděně a mohou se u nich projevat změny v chování, jako je agrese nebo stažení. Mohou se u nich také vyskytnout poruchy spánkového režimu, jako je nespavost nebo nadměrná ospalost. Charakteristickým je rychlý nástup dezorientace, porucha pozornosti, zmatené myšlení a narušená paměť. Dále se mezi příznaky řadí neschopnost soustředit se nebo udržet pozornost na jednom místě, zmatenost ohledně aktuálního místa a času, neschopnost logicky myslet nebo si pamatovat nedávné události, dezorientace ve vlastní identitě nebo ve vztahu okolnímu světu, nesrozumitelná řeč nebo rozvázané myšlenky, nepředvídatelné chování a emoční nestabilita. Další příznaky deliria mohou zahrnovat neklid, agitaci, halucinace nebo paranoidní myšlenky. Delirium může být způsobeno různými faktory, včetně infekcí, intoxikací léky, dehydratací, metabolickými poruchami nebo neurologickými onemocněními (Kalvach, 2008).

1.2 Etiologie

Etiologie deliria je komplexní a může být způsobena různými faktory, jako jsou infekce, intoxikace látkami (alkohol, drogy), metabolické poruchy (např. porucha elektrolytů), traumatické poranění mozku, mozkové nádory, cévní mozkové příhody, demence, nedostatečná hydratace, nedostatek spánku, chronická bolest, nedostatek kyslíku, stres nebo úzkost. Důležitou roli hraje také věk pacienta, jeho genetická predispozice či přítomnost dalších zdravotních problémů. Čím je organismus zranitelnější, tím menší příčina a zátěž stačí k vyvolání deliria. Během hospitalizace delirium postihuje až 60 % geriatrických pacientů (Kalvach, 2008). Šance na rozvoj deliria je nejvyšší na jednotkách intenzivní péče (83,3 %), vysoká u jednotek intermediární péče (39,8 %) a nižší na standartních jednotkách (28,7 %). Ve srovnání s pacienty bez deliria bývají pacienti s deliriem starší (76,6 vs. 75 let), jsou hospitalizováni dvakrát déle (14,3 vs. 7,7 dne) a častěji mají již dříve existující demenci (Fuchs, Bode, Ernst et al., 2020).

1.2.1 Somatogenní příčiny

Organické příčiny deliria jsou způsobeny poruchami funkce mozku způsobenými fyzickými faktory, jako jsou infekce, metabolické poruchy, mozkové trauma nebo intoxikace. Infekce mohou změnit chemické procesy v mozku a vést k poruchám vnímání a myšlení. Metabolické poruchy, jako je porucha funkce jater nebo selhání ledvin, mohou vést k nerovnováze elektrolytů a toxickým látkám v krvi, což může ovlivnit funkci mozku. Úrazy mozku, jako je například úraz hlavy, mohou poškodit mozkové struktury a narušit normální funkci mozku. Intoxikace alkoholem, drogami nebo léky může ovlivnit chemické procesy v mozku a způsobit změny ve vnímání a chování. Delirium může být také způsobeno nedostatkem kyslíku nebo tekutiny v mozku, což může vést k poruchám mysli a paměti. Z ošetřovatelského hlediska je významným etiologickým faktorem dehydratace, která je též spojená s průjmy a zvracením, dále také poruchy výživy a retence moči (Kalvach, 2008).

1.2.2 Intoxikační faktory

Intoxikační faktory deliria zahrnují různé látky, které mohou ovlivnit činnost mozku a vyvolat stav zmatenosti, dezorientace a narušeného myšlení. Mezi nejčastější intoxikační faktory se řadí alkohol, drogy a léky. Alkohol může způsobit delirium tremens, což je vážný stav způsobený abstinencií příznaky u alkoholiků. Drogy, zejména stimulancia jako kokain nebo methamfetamin, mohou způsobit delirium v důsledku jejich vlivu na centrální

nervový systém. Léky, jako jsou antidepresiva nebo sedativa, mohou vyvolat delirium jako vedlejší účinek nebo v případech předávkování (Kalvach, 2008).

1.2.3 Psychosociální stresory

Psychosociální stresory deliria mohou být velmi rozmanité a mohou se objevit v různých situacích a prostředích. Mezi nejčastější psychosociální stresory deliria patří například nedostatečná podpora ze strany rodiny, přátel nebo zdravotního personálu. Nedostatečná komunikace a informovanost pacienta či dezorientace v prostředí může dále zhoršovat stav deliria. Rizikovým faktorem je rovněž vyšší věk nebo změna prostředí.

Dalším stresorem může být například pocit osamělosti, strachu či nepochopení, které mohou způsobovat úzkost a zmatenost u pacienta. Nedostatečná péče či dlouhodobý pobyt v nemocnici mohou dále zvyšovat psychický tlak a stres pacienta (Kalvach, 2008).

1.3 Klinický obraz

Klinický obraz deliria je různorodý, ale obvykle je charakterizován rychlým a náhlým nástupem zmatenosti, dezorientace, poruchy pozornosti, změny vědomí a nekoherentního myšlení. Pacient může mít také halucinace, deziluze nebo agitaci. Stav v čase kolísá. V nemocnicích se často vyskytuje tzv. syndrom soumraku. V cizojazyčné literatuře jako sundowning syndrom. Projevuje se bdělostí přes den a delirantními stavy probíhajícími v noci. Jedná se o tzv. tranzitorní delirium (Kalvach, 2008).

Fyzické příznaky mohou zahrnovat zrychlený tep, zvýšenou teplotu, zrychlené dýchání a zvýšený krevní tlak. Další možné příznaky jsou pocení, neklid, úzkost, nepřiměřené reakce na podněty nebo náhlé změny nálady. Porucha krátkodobé paměti je jedním z hlavních příznaků deliria. Pacienti s deliriem mají obtíže s udržením pozornosti, zapamatováním si nových informací nebo udržením konverzace. Mohou se opakovat otázky nebo ztrácet nit rozhovoru (Ford, 2016).

Emotivita pacientů s deliriem je také postižena. Mohou pociťovat silné emocionální výkyvy, jako je úzkost, strach, rozčilení nebo euforie. Tyto reakce mohou být nepřiměřené situaci a mohou se střídát v krátkém časovém úseku. Emocionální nestabilita je často spojena s poruchami chování, jako je agitovanost, nespavost nebo dezorientace v prostoru. Velká je důležitost základního vyšetření a diferenciální diagnostiky, protože delirium může být zaměněno za jiné psychiatrické poruchy, jako je demence. Podle převládajícího klinického obrazu dělíme delirium na 3 typy (Kalvach, 2008).

1.3.1 Hyperaktivní delirium

Hyperaktivní forma deliria je charakterizována výraznou motorickou agitací, neklidem a zmateností. Pacienti mohou být nepřetržitě v pohybu, málokdy sedí nebo leží na místě, případně se snaží vymanit z lůžka. Jejich řeč může být rychlá, nepřehledná a nesouvislá. Mohou mít také halucinace nebo paranoidní myšlenky. Hyperaktivní forma deliria je často závažnější než hypoaktivní forma a může vyžadovat intenzivní lékařskou péči a monitorování. Je důležité rozpoznat tuto formu deliria co nejdříve a zahájit léčbu, aby se minimalizovaly komplikace a zlepšila se prognóza (Ali, Cascella, 2022).

1.3.2 Hypoaktivní delirium

Hypoaktivní forma deliria podle je charakterizována neklidem, zmateností a sníženou aktivitou jedince. Pacient může působit letargicky a dezorientovaně a má obtížnosti s koncentrací a pamětí. Další symptomy mohou zahrnovat ospalost, slabost, apatii a nezájem o okolí. Pacient často vykazuje sníženou reakci na stimuly a může mít potíže s komunikací. Tato forma deliria může být snadno přehlédnuta nebo zaměněna za jiné stavy (Ali, Cascella, 2022).

1.3.3 Smíšená forma deliria

Smíšená forma deliria podle je charakterizována kombinací příznaků hyperaktivního a hypoaktivního typu. Pacient může mít zároveň agitované chování, jako je neklid, dezorientace, neustálé přeskokování myšlenek, agresivita nebo zmatenost, ale také může projevovat apatické reakce, jako je letargie, ospalost, snížená pozornost nebo zpomalená reakce (Ali, Cascella, 2022).

1.4 Rizikové faktory

Rizikových faktorů, které jsou spojeny s rozvojem delirantních stavů je několik. Lze je rozdělit do dvou základních skupin. Do první skupiny se řadí predisponující rizikové faktory. Tyhle rizikové faktory jsou v akutním stavu neovlivnitelné. Lze je použít pro predikci rozvoje deliria. Mezi tyto faktory patří například věk, pohlaví, abúzus alkoholu, kouření a genetická predispozice. Do druhé skupiny se řadí rizikové faktory precipitující. Ty jsou potencionálně ovlivnitelné. Souvisí s momentálním onemocněním pacienta a jeho zdravotním stavem, jako je sepse, febrilní stavy, hypoperfuze, připojení na umělé plicní ventilaci, bolest a nastavená analgosedace, zda jsou zavedeny invazivní vstupy a imobilita. Ovlivnitelné jsou i zevní vlivy, které souvisí s rozvojem deliria, a to je například osvětlení

v místnosti, hluk, nedostatek a fragmentace spánku a osamělost. V klinické praxi se využívají preventivní postupy zaměřené na precipitující faktory, které mají za cíl snížit incidenci, trvání a stupeň závažnosti deliria (Kalvach, 2008).

Hospitalizace sama o sobě je potenciálním rizikovým faktorem deliria a objevují se slibné údaje o výhodách domácí péče jako alternativy k hospitalizaci, která je však omezena na specifické subpopulace pacientů a závisí na dostupnosti těchto služeb (Ford, 2016).

1.5 Diagnostika

Diagnostika deliria je založena na klinickém pozorování a hodnocení symptomatických projevů pacienta. Důležitým prvkem diagnostiky je důkladný anamnestický rozhovor s pacientem i s jeho blízkými, aby bylo možné zjistit případné provokující faktory či předchozí zdravotní stav. Sestra hraje klíčovou roli při sběru informací o pacientovi a jeho předchozím stavu, pomáhá při hodnocení příznaků deliria a sledování jejich vývoje. Díky pečlivému pozorování může zachytit i drobné změny v chování nebo stavu pacienta, které by mohly naznačovat vývoj deliria. Významným prvkem diagnostiky je také sledování pacientovy orientace v čase a prostoru, jeho schopnost koncentrace a paměti. K základním diagnostickým kritériím patří dezorganizace myšlení, jako je například inkoherece, neadekvátní reakce, rozvoj stavu během krátké doby a kolísání stavu v čase (Jirák, 2009).

1.5.1 Screening delirantních stavů

Kvůli možné preventabilitě, časně detekci a léčbě deliria, je vhodné pravidelně provádět screening. Mezi nejčastější nástroje k detekci deliria patří The Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit (CAM-ICU) a Intensive Care Delirium Screening checklist (ICDSC). Vyhotovení testu CAM-ICU je dvoustupňové, hodnotí se vigilita pacienta a jeho agitovanost. K hodnocení agitovanosti slouží validovaná škála The Richmond Agitation and Sedation Scale (RASS). Následujícím krokem je hodnocení, které odhaluje přítomnost deliria dle kritérií Americké psychiatrické asociace. Test hodnotí 4 znaky: rychlost nástupu a fluktuace poruchy vědomí a psychického stavu, dezorganizace myšlení, přítomnost poruchy pozornosti a poruchy vigility s úrovní RASS vyšší než 0. Pokud pacient získá v testu 3-4 body, je vyhodnocen jako delirantní. Test nevyžaduje verbální odpověď, vyšetření provádí ošetřovatelský personál (Ali, Cascella, 2022).

1.6 Terapie

Delirium má často multifaktoriální etiologii a vyžaduje komplexní přístup. Terapie deliria zahrnuje několik důležitých kroků. Prvním krokem jsou léčebně-preventivní opatření zahrnující optimalizaci prostředí, jako je osvětlení, zvuk, spánek a možnost orientace v prostoru. Dále zahrnují prevenci dehydratace, vyhýbání se zbytečným lékům s delirogenním potenciálem a podporu mobilizace pacienta (Ramírez Echeverría, Schoo, Paul, 2022).

Následujícím krokem je identifikace a léčba vyvolávající příčiny. To zahrnuje důkladnou anamnézu a fyzikální vyšetření, laboratorní testy a další diagnostická vyšetření zaměřená na identifikaci příčin deliria. Mezi běžné příčiny patří infekce, metabolické poruchy, intoxikace, lékové interakce, neurologická onemocnění apod. Symptomatická léčba deliria zahrnuje léky na úlevu od příznaků, jako jsou agitace, dezorientace, halucinace apod. Často se používají antipsychotika nebo sedativa podle individuální potřeby pacienta (Kalvach, 2008).

1.7 Farmakologická léčba deliria

Účelem léčby je přiměřené zklidnění pacienta, zabránit jeho vyčerpání a zabezpečit jeho bezpečnost. Polyfarmakoterapie a mnohé třídy léků, které se u starších osob často používají (např. anticholinergika), mají delirantní potenciál. Lidé s demencí jsou navíc ještě náchylnější k somatickým nežádoucím účinkům (zácpa, retence moči atd.), které zase podporují delirantní stavy (De Biasi, Reininghaus, Schoberer, 2022).

Ideální lék ke zvládnutí deliria by měl mít rychlý nástup účinku, měl by být dostupný v různých lékových formách a měl by mít minimum nežádoucích účinků a lékových interakcí. I pokud je pacient neklidný, je důležité věnovat pozornost zvolené formě podání léku. Zachování určité míry svobody a volby pomáhá budovat terapeutický vztah. Pokud je to možné, preferuje se perorální podání léčiv (Kalvach, 2008).

Pokud je delirium způsobeno odvykacím stavem od psychotropní látky, doporučují se podat benzodiazepiny (Diazepam), tiaprid (Tiapridal) nebo klomethiazol (Heminevrin). Při agitovanosti a neklidu u geriatrických pacientů se doporučuje podání tiapridu (Tiapridal p.o., i.m., i.v.), melperonu (Buronil) a haloperidolu. Možné je v dopoledních hodinách podávat také piracetam, který zlepšuje cerebrální metabolismus (Ali, Cascella, 2022).

1.8 Nefarmakologická léčba deliria

V pozitivním ovlivnění rizika mortality je nejdůležitější prevence deliria. Prevence nejúčinněji minimalizuje dopady tohoto stavu na pacienty. Udává se, že až v 30–40 % případech deliriózních stavů by bylo možno preventivními opatřeními zabránit jejich rozvoji. Ve strategii prevence deliria je třeba ovlivnit několik faktorů. Nezbytné je dbát na hydrataci, alimentaci, včasnou mobilizaci a reorientaci. Podstatné je zabezpečení orientace v prostředí, které je pro pacienta neznámé a nezvyklé, přes noc mít na pokoji ztlumené osvětlení, dbát na potřeby výživy pacienta, hydratace a spánku, zajištění pohybu s ohledem na limity pacienta a zajistit kompenzaci sensorických deficitů, zejména sluchových a zrakových. Přesná strategie je vypracována v rámci projektu HELP (The Hospital Elder Life Program). Jde o iniciativu vycházející z Yale University School of Medicine. V HELP programu je kladen důraz na geriatrický multioborový tým, jehož součástí je geriatr, nutriční specialista, ergoterapeut, psychiatr, sociální pracovník, dietolog, farmakolog a volontéři. Multioborově koncipovaným přístupem v rámci projektu HELP se podařilo výrazně snížit výskyt deliria u hospitalizovaných geriatrických pacientů. Pomocí mezioborového týmu a důrazu na aktivizaci pacientů efektivně snižuje HELP i počet epizod a celkové trvání deliria (Ramírez Echeverría, Schoo, Paul, 2022).

2 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O PACIENTA S DELIRIEM

Delirium, často označované jako akutní zmatenost, představuje významný problém ve zdravotnických zařízeních, zejména nemocnicích, který vyžaduje pečlivou a multidisciplinární ošetrovatelskou péči. Jedná se o stav charakterizovaný náhlým a fluktuujícím zhoršením kognitivních funkcí, s vyskytující se dezorientací, změnami ve vnímání a poruchami vědomí. Delirium postihuje pacienty různých věkových skupin a může být spojeno s různými základními příčinami, včetně infekcí, metabolických poruch, intoxikací, chirurgických zákroků či dlouhodobého pobytu v nemocnici. Jeho výskyt je spojen s významnými negativními důsledky, jako je zvýšená morbidita a mortalita, prodloužená doba hospitalizace a zvýšené náklady na zdravotní péči (Petr, Marková et al., 2014).

Ošetrovatelská péče o pacienta s deliriem hraje klíčovou roli v diagnostice, léčbě a prevenci tohoto stavu. Sestry jsou často prvními, kdo identifikují příznaky deliria a spolupracují s lékařským týmem na poskytnutí odpovídající péče. Role sestry zahrnuje monitorování stavu pacienta, hodnocení kognitivních funkcí a reakcí na léčbu, poskytování podpůrné péče a komunikaci s pacientem a jeho rodinou. Součástí ošetrovatelské péče o pacienta s deliriem je komplexní hodnocení a sledování jeho stavu. Sestry provádějí systematické hodnocení kognitivních funkcí, orientace v čase a prostoru, schopnosti koncentrace a paměti, stejně jako hodnocení přítomnosti halucinací, bludů a agitace. Tyto informace jsou nezbytné pro stanovení diagnózy deliria a plánování adekvátní léčby (Petr, Marková et al., 2014).

Důležitou složkou ošetrovatelské péče je provádění režimových opatření a poskytování podpůrné terapie, která může zahrnovat optimalizaci prostředí pacienta, snižování stimulů, zajištění adekvátní hydratace a výživy a podávání léků ke snížení úzkosti a agitace. Sestry také poskytují emocionální podporu pacientům i jejich rodinám, pomáhají porozumět jejich diagnóze a léčbě a pomáhají jim zvládat stres a obavy spojené s onemocněním. Prevence deliria je neodmyslitelným cílem ošetrovatelské péče. Sestry pracují na identifikaci a řízení faktorů rizika, jako jsou dehydratace, nedostatečná analgezie a spánkové poruchy.

Zavedení preventivních opatření, jako je podpora orientace pacienta v čase a prostoru, podpora spánku, aktivní mobilizace a podávání adekvátních léků, může snížit riziko vzniku deliria u hospitalizovaných pacientů v rizikových skupinách. Ošetrovatelská péče o pacienta s deliriem je komplexní a multidisciplinární proces, který zahrnuje ošetrovatelskou diagnostiku, péči a prevenci tohoto stavu. Úzká spolupráce mezi sestrami, lékaři a dalšími

členy zdravotnického týmu je klíčová pro poskytování efektivní a individuálně přizpůsobené péče pacientům trpícím delíriem (Nydaahl, Ely, Heras-La Calle, 2024).

2.1 Předcházení vzniku deliria

Delirium vede k navýšení léčby, delšímu pobytu v nemocnici a zvýšené zátěži pro pacienty, což s sebou nese velmi vysoké náklady na léčbu. 30-40 % případů deliria však lze předejít. Prevence deliria zahrnuje systematické hodnocení rizikových faktorů u pacientů a jejich optimalizaci, včetně léčby bolesti a dehydratace. Podpora orientace v čase a prostoru a minimalizace rušivých faktorů v prostředí mohou snížit riziko vzniku tohoto stavu (Mei, Liu, Han et al., 2023).

Důraz na dostatečný spánek a podpora fyzické aktivity mohou také přispět k prevenci deliria. Důležitá je také edukace pacientů a rodinných příslušníků o příznacích a prevenci deliria, aby byli schopni rozpoznat změny ve stavu pacienta a přijmout vhodná opatření. Tyto opatření společně pomáhají minimalizovat riziko vzniku deliria (Kinalski, Beuter, Benetti et al., 2023).

2.1.1 Hodnocení rizikových faktorů

Hodnocení rizikových faktorů je nezbytné v prevenci deliria u hospitalizovaných pacientů. Mezi hlavní faktory se řadí pokročilý věk, předchozí historie deliria, přítomnost závažných zdravotních stavů, jako je například infekce nebo selhání orgánů, užívání určitých léků, zejména sedativ a hypnotik, dehydratace, bolest, spánkové poruchy, metabolická nerovnováha a dlouhodobý pobyt v nemocnici (Mei, Liu, Han et al., 2023).

Dalšími faktory mohou být chirurgické zákroky, traumatizující události nebo úrazy, psychoaktivní léčiva a nedostatečná podpora ze strany rodiny nebo blízkých. Identifikace těchto rizikových faktorů umožňuje přijmout preventivní opatření a minimalizovat riziko vzniku deliria u ohrožených pacientů (Mei, Liu, Han et al., 2023).

2.1.2 Hydratace

Hydratace má zásadní význam v prevenci vzniku deliria. Nedostatečná hydratace může zvýšit riziko vzniku delirantního stavu, protože má výrazný dopad na fungování nervového systému. Pacienti mohou ztrácet tekutiny různými způsoby. Užívání diuretik je běžné u pacientů s různými zdravotními problémy, jako je srdeční insuficience nebo hypertenze. O tekutiny mohou také přicházet zvracením a průjmy, které jsou často spojeny s různými onemocněními nebo vedlejšími účinky léků, převážně antibiotik.

Pacienti také mohou mít snížený perorální příjem tekutin kvůli diskomfortu způsobenému symptomy jejich onemocnění, jako je bolest nebo nauzea. Dehydratace často vede k poruchám kognitivních funkcí a zvýšenému riziku vzniku deliria. Nedostatečná hydratace způsobuje poruchy metabolismu elektrolytů, snížení krevního tlaku a snížení průtoku krve do mozku, což dokáže ovlivnit jeho funkci a vést k poruchám vědomí, pozornosti a paměti, které jsou charakteristické pro delirium (Petr, Marková et al., 2014).

Je nezbytné, aby ošetrovatelský personál dbal na podpoře adekvátní hydratace u pacientů. Sestry pravidelně hodnotí stav hydratace pacientů pomocí klinických ukazatelů, jako jsou turgor kůže, stav sliznic, frekvence močení a koncentrace moči. Pokud zaznamenají příznaky dehydratace, jako jsou suché rty a jazyk, snížená elasticita kůže nebo koncentrovaná moč, mohou poskytnout odpovídající péči, včetně podávání tekutin nebo intravenózního podání hydratačních roztoků (Petr, Marková et al., 2014).

Je vhodné pacienta k příjmu tekutin aktivizovat, pokud ale není schopen tuto činnost zvládat samostatně, je rolí sestry, aby mu tekutiny aktivně nabízela. K perorálnímu příjmu jsou vhodné různé nízkokalorické tekutiny, jako je voda, čaj nebo vývar. Pokud to pacientův zdravotní stav dovoluje, může popíjet i džusy a slazené nápoje, které ho povzbuzují k pravidelnému pití. U starších pacientů, kteří mohou mít omezenou schopnost vnímat žízeň, je důležité nabízet tekutiny pravidelně a bez jejich vyžádání (Petr, Marková et al., 2014).

2.1.3 Výživa

Ve vyšším věku dochází k několika změnám, které mohou ovlivnit chuť k jídlu a funkci trávicí soustavy. Jednou z těchto změn je postupný úbytek chuťových receptorů a snížená citlivost na chutě, což může vést k menšímu zájmu o jídlo a sníženému apetitu. Kromě toho může být chuť k jídlu ovlivněna také dalšími faktory, jako jsou změny ve struktuře jazyka, problémy se zuby nebo potíže s polykáním. Postihnuta bývá i trávicí soustava, především motilita. S postupujícím věkem se může snižovat aktivita hladkého svalstva trávicího traktu, což může vést ke zpomalení trávení a pohybu potravy střevy. Takto zpomalená motilita může způsobit pocit plnosti, nadýmání a nevolnosti, což dále snižuje chuť k jídlu.

Během hospitalizace může dojít k několika událostem, které ovlivňují chuť k jídlu a přispívají k nechutenství. Hospitalizace může být spojena s emocionálním stresem, změnami životního prostředí, bolestí, úzkostí a změnami stravovacích návyků. Kromě toho mohou být pacienti omezeni v pohybu a mít omezený přístup k oblíbeným potravinám, což může dále snižovat jejich chuť k jídlu.

Nechutenství během hospitalizace spěje k nedostatečnému příjmu kalorií, což vede k rozvoji malnutrice – která má mimo nepříznivý vliv na kognitivní funkce také zdravotní důsledky, jako je oslabení imunitního systému, svalová atrofie a nechtěná ztráta hmotnosti. Nutrice je zásadní v prevenci vzniku deliria. Nedostatečný příjem živin negativně dopadá na fungování nervového systému, což navyšuje riziko vzniku tohoto stavu. Nedostatek bílkovin, vitamínů skupiny B, vitamínu D, minerálů a dalších živin negativně ovlivňuje kognitivní funkce mozku, což přispívá k rozvoji deliria (Kalvach, 2008).

Nadměrný příjem látek jako je alkohol nebo kofein také může negativně ovlivnit funkci mozku a zvyšovat riziko vzniku deliria. Ošetrovatelské intervence jsou v této oblasti rozmanité. Nabízení různorodých jídel, která pokrývají potřeby živin a energie, je důležité pro podporu vyvážené stravy. Sestry by měly poskytovat podporu během jídla, zejména pacientům s fyzickými omezeními nebo potřebou asistence při příjmu potravy. Důležitá je také textura pokrmů, která usnadní kousání a polykání. Optimalizace prostředí během jídla, minimalizace rušivých faktorů a vytvoření klidné atmosféry může také přispět k lepším stravovacím návykům. Je nezbytné, aby ošetrovatelský tým poskytoval individuální péči a podporu v oblasti výživy, aby předešel potenciálním komplikacím spojeným s deliriem a přispěl k celkovému zlepšení a podpory zdraví (Petr, Marková et al., 2014).

2.1.4 Aktivita a kontakt s okolím

Kvalitní sociální kontakt s okolím má pro pacienty s rizikem vzniku deliria významný přínos v jejich celkovém zdravotním stavu. Dobrý kontakt s okolím pomáhá pacientům zůstat mentálně aktivními a zapojenými do svého okolí. Umožňuje jim udržovat spojení se skutečností a realitou, což může pomoci snížit riziko rozvoje deliria nebo jeho závažnost (Petr, Marková et al., 2014).

Kvalitní sociální interakce také poskytuje pacientům pocit bezpečí a podpory, což snižuje úzkost a stres, což jsou faktory spojené s větším rizikem vzniku deliria. U imobilních pacientů je tento kontakt zvláště důležitý. Imobilita může vést k pocitu izolace a odcizení od okolního světa, což může negativně ovlivnit psychické zdraví pacienta. Dobrý sociální kontakt dokáže tyto negativní dopady zmírnit tím, že poskytne pacientovi možnost komunikovat, interagovat a cítit se součástí svého okolí, i když je fyzicky omezen pohybu. Nemožnost opustit lůžko může být psychosociálním spouštěcím faktorem deliria. Prostřednictvím pečlivého a podpůrného kontaktu s okolím, jako je například kontakt s ostatními pacienty, výhled z okna, nebo krátkodobý pobyt venku, mohou sestry poskytnout

imobilním pacientům pocit autonomie a důstojnosti. Pokud daný pacient trpí těžkým kognitivním deficitem, je třeba myslet na dostatečnou neverbální komunikaci, jako je modulace hlasu a dotyky (Kalvach, 2008).

2.1.5 Prostředí

Prostředí pacienta, který je v riziku vzniku deliria, by mělo být upraveno tak, aby byla zajištěna jeho bezpečnost a bylo minimalizováno riziko pádu. Pokoj by měl být označen jasně a jednoznačně, například číslem nebo jménem pacienta, aby mu pomohl s orientací. Dále je vhodné vytvořit prostředí, které usnadní pacientovi orientaci v prostoru i v čase. To zahrnuje umístění informačních tabulí s čitelným textem, barevné odlišení pokojů na oddělení a dobré osvětlení. Je vhodné, aby v pacient dohlédl na hodiny.

Osvětlení hraje důležitou roli v psychickém stavu pacientů. Šero a nedostatečné osvětlení mohou způsobit iluze a halucinace, což může zhoršit symptomy deliria. Naopak, dobře osvětlené prostředí může pomoci snížit úzkost a dezorientaci. Sundowning syndrom je stav, při kterém se příznaky deliria zhoršují ve večerních hodinách. Dobré, mírné noční osvětlení a jasná identifikace času mohou pomoci minimalizovat tento jev (Huang, Wang, Liao, 2023). Televize může mít různý vliv na pacienty, kteří jsou v riziku vzniku deliria. Některé pořady mohou vyvolat úzkost a strach, zatímco jiné mohou působit uklidňujícím způsobem. Je podstatné vybírat programy, které jsou pro pacienta vhodné a které nepodněcují jeho symptomy. Zvláště u pacientů, kteří nedokážou rozlišit realitu od fikce, je důležité vybírat klidné a pozitivní programy nebo hudební kanály či rádiové stanice.

Umístění lůžka pacienta u okna může být vhodná strategie z několika důvodů. Umožňuje pacientovi sledovat denní cyklus světla a tmy, což udržuje jeho biologické hodiny v synchronizaci a minimalizuje riziko sundowning syndromu. Umožňuje pacientovi pozorovat okolní prostředí a nabízí mu příležitost k vnější stimulaci, která pomáhá snížit pocit izolace a dezorientace. Navíc umístění u okna nabízí pacientovi příjemný výhled a přispívá k jeho celkovému pohodlí a blahobytu (Kalvach, 2008).

2.1.6 Korekce smyslových deficitů

Stárnutí přináší sebou postupné zhoršení některých smyslů, což může mít významný dopad na každodenní život starší populace. Mezi postižené smysly patří zrak, sluch, chuť, čich a hmat. Ztráta ostrosti zraku a pokles citlivosti sluchu jsou častými jevy u starších jedinců. Zhoršení smyslů omezuje schopnost vnímat a interpretovat informace ze světa kolem nich.

Duální sensorický deficit je charakterizován souběžným postižením více smyslových funkcí u jedince. Při tomto deficitu dochází nejen k fyzické ztrátě smyslových schopností, ale také k deprivaci, která může postihnout sensorickou a komunikační sféru jedince (Kalvach, 2008).

Sensorická deprivace se projevuje nedostatečným vnímáním okolního prostředí a potížemi s interpretací smyslových informací. Komunikační deprivace pak může omezovat schopnost jedince dorozumívat se s ostatními a navazovat sociální vztahy. Osoba s duálním sensorickým deficitem může často trpět osamělostí z několika důvodů. Nedostatečné vnímání okolního světa a obtíže s komunikací často vedou k pocitu izolace a odstředění od okolního prostředí. Ztráta schopnosti navazovat vztahy a sdílet zážitky s ostatními může zhoršovat pocit osamělosti a izolace. Souběžné postižení hlavních smyslů, jako je zrak a sluch, spěje k potencování duálního sensorického deficitu. To znamená, že oba smysly se navzájem ovlivňují a zhoršují se vzájemně. Například pokles zraku vede k nedostatečnému vnímání prostředí, což může kompenzovat zvýšená zátěž sluchových informací, a naopak. Duální sensorický deficit výrazně zhoršuje prostorovou orientaci jedince. Nedostatečné vnímání okolního prostředí a obtíže s interpretací smyslových informací způsobují dezorientaci a neschopnost orientovat se ve známém prostoru. Potencování obou složek duálního sensorického deficitu zvyšuje riziko pádu a úrazu (Khan, Khan, 2022).

Zhoršení smyslů způsobuje nejen potíže s orientací v prostoru, ale i poruchy komunikace a obtíže s provedením základních denních aktivit, jako je oblékání, stravování nebo hygiena. Pacient s duálním sensorickým deficitem se může cítit závislý na ostatních a ztrácet schopnost samostatného fungování. Zhoršení smyslových funkcí a současně klesající kognitivní schopnosti pacienta také zvyšuje riziko vzniku deliria (Kalvach, 2008).

Ošetřovatelské intervence zaměřené na korekci smyslových deficitů jsou důležitým prvkem péče o pacienty s omezenými smyslovými schopnostmi. Jednou z nejpodstatnějších intervencí je zajištění správných pomůcek, jako jsou brýle pro korekci zraku a naslouchátka pro posílení sluchu. Tímto způsobem můžeme výrazně zlepšit kvalitu života pacientů a snížit jejich závislost na ostatních. Tyto pomůcky umožňují pacientovi lépe vnímat svět kolem sebe a lépe se orientovat v prostoru, což zvyšuje jeho psychický komfort a pocit samostatnosti (Petr, Marková et al., 2014).

Důležitá je také komunikace a spolupráce s rodinou pacienta. Rodinní příslušníci mohou poskytnout cenné informace o potřebách a preferencích pacienta, což umožňuje personalizovat péči a lépe odpovídat na individuální potřeby. Blízcí pacienta můžou donést jeho vlastní pomůcky. Korekce smyslových deficitů zvyšuje psychický komfort pacienta.

Tyto intervence nejenom zlepšují kvalitu jeho života, ale také posilují jeho samostatnost a nezávislost (Petr, Marková et al., 2014).

2.2 Ošetřovatelská péče při rozvinutém deliriu

Ošetřovatelská péče při rozvinutém deliriu je velmi náročná. Důležitost včasného rozpoznání deliria nelze přehlédnout, neboť správná diagnóza a intervence mohou zásadně ovlivnit průběh onemocnění a prognózu pacienta. Rozpoznání deliria závisí na tom, zda zdravotnický personál počítal s jeho rozvojem a zda průběžně systematicky sleduje jeho příznaky a symptomy. Ošetřovatelská péče o pacienta při rozvinutém deliriu vyžaduje od sester vysokou míru profesionalismu, trpělivosti a vynikajících komunikačních schopností. Komunikace s pacientem v delirantním stavu bývá obtížná a vyžaduje empatii a schopnost adaptovat se na proměnlivý stav pacienta. Důležitý je také etický nárok na zajištění možnosti svobodného projevu vůle pacienta, který se může v deliriu nacházet ve značné míře ohrožení (Petr, Marková et al., 2014).

Úcta, respekt a zachování důstojnosti pacienta jsou klíčové principy ošetřovatelské péče při péči o pacienty s deliriem. Personál by měl být citlivý k individuálním potřebám a preferencím každého pacienta a zajistit jim bezpečné a podpůrné prostředí. Zachování důstojnosti a respektu je zásadní i při provádění invazivních procedur či manipulace s pacientem, kdy je důležité minimalizovat pocit dezorientace a úzkosti. Ošetřovatelská péče při rozvinutém deliriu je komplexním procesem, který vyžaduje nejen znalosti a dovednosti v oblasti medicínského ošetření, ale také citlivost, empatii a dodržování etických principů (Petr, Marková et al., 2014).

2.2.1 Souhlas s poskytováním zdravotních služeb

Přijetí pacienta k hospitalizaci je dle české legislativy podmíněno jeho svobodným a informovaným souhlasem s poskytováním zdravotních služeb, jak stanovuje zákon č. 372/2011 Sb. Pacient trpící deliriem nasedajícím na demenci není schopen poskytnout takový souhlas. I pokud by pacient sám informovaný souhlas podepsal, takový souhlas není právně platný. V případě, že pacient kvůli demenci není schopen vyjadřovat souhlas, je jeho právní zástupce oprávněn k udělení souhlasu jménem pacienta. Zbavení způsobilosti k právním úkonům nemusí být u dementních pacientů vždy pravidlem. V takovém případě zůstává pacient *de jure* způsobilý k právním úkonům, i když *de facto* není schopen validně vyjádřit souhlas. Informovaný souhlas je zásadní i u zdravotních výkonů, u kterých je souhlas pacienta požadován.

Pokud je pacient v důsledku svého momentálního zdravotního stavu nebezpečný sám sobě nebo okolí, může být hospitalizován i bez jeho souhlasu, což opět stanovuje zákon č. 372/2011 Sb. Lékař je povinen tuto skutečnost do 24 hodin oznámit soudu. Po soudním řízení a přezkoumání může být pacient převzat do ústavní péče, což může nastat i kdykoliv během hospitalizace (Petr, Marková a kol., 2014).

2.2.2 Problémové chování

Problémové a agresivní chování u pacientů s rozvinutým deliriem představuje pro zdravotnický personál značnou výzvu. Takové chování je vnímáno jako velmi rušivé a znepokojující, hlavně pro ostatní pacienty na oddělení. Zvýšené psychomotorické tempo a neklid jsou typickými projevy hyperaktivní formy deliria, kdy pacient projevuje nekontrolované pohyby a neschopnost zklidnění. Agresivita může být důsledkem zmatenosti a pocitu ohrožení, který pacient zažívá v důsledku změněného vnímání okolního prostředí. Bloudění po oddělení, zejména v noci, je dalším charakteristickým projevem deliria, který může zvyšovat riziko pádu a riziko úrazu pacienta. Přecházení po pokoji a brání cizích věcí jsou dalšími symptomy, které mohou vyvolávat napětí a konflikty na oddělení. Toto chování může být motivováno dezorientací a zmateností.

Některé projevy deliria, jako je manipulace s žilní kanylou, močovým katétrem nebo dalšími invazivními vstupy, strhávání obvazů nebo plen, narušují jeho léčbu. Verbální agrese v podobě nadávek a vulgarismů, stejně jako brachiální násilí, jsou dalšími formami problémového chování, se kterými se může zdravotnický personál setkat. Tyto projevy mohou ztížit poskytování péče a vyžadují zvláštní opatření a komunikaci ze strany personálu (Kalvach, 2008).

2.2.3 Omezovací prostředky

Zákon č. 372/2011 Sb., týkající se zdravotních služeb, spolu s příslušnými vyhláškami, včetně Vyhlášky Ministerstva zdravotnictví ČR č. 7/2009, která upravuje používání omezovacích prostředků u pacientů v českých zdravotnických zařízeních, a Úmluva o lidských právech a biomedicíně, představují legislativní rámec, který stanovuje postupy a podmínky pro používání omezovacích prostředků u pacientů. Omezovacími prostředky se myslí opatření přijatá ve zdravotnickém zařízení s cílem omezit kontakt pacienta s okolím. Tyto opatření zahrnují použití ochranných pásů nebo kurtů, umístění do terapeutické izolace, využití síťového lůžka, nasazení ochranného kabátu bez souhlasu pacienta. K opatřením nepovažovaným za omezovací patří pobyt v terapeutické izolaci nebo v neuzavřeném

síťovém lůžku, fixace pacienta v křesle pro zajištění stability, upevnění končetiny pro podání infuze nebo připojení zábran k lůžku. Omezovací opatření se musí aplikovat pouze v případech naléhavé potřeby, kdy je zřejmé, že pacientovo chování představuje riziko a hrozí bezprostřední nebezpečí. Je důležité, aby tyto opatření nebyly použity k usnadnění práce zdravotníkům nebo k potrestání pacienta. Omezovací prostředky by měly být aplikovány pouze po dobu, která je skutečně nezbytná. Rozhodnutí o použití omezení pacienta je v pravomoci lékaře. V případě, že lékař není k dispozici, může jiný zdravotní pracovník rozhodnout o použití omezovacího opatření za předpokladu, že ihned po jeho aplikaci lékaře informuje. Používání omezovacích prostředků musí být vždy vedeno v dokumentaci pacienta (Raboch et al., 2010).

II. PRAKTICKÁ ČÁST

3 EMPIRICKÉ ŠETŘENÍ

Empirické šetření je základní metodou vědeckého výzkumu, která se zaměřuje na získávání a analýzu empirických dat za účelem ověření či vyvrácení hypotéz, poznatků nebo teorií. Tato metoda je klíčová pro poznání a porozumění různým jevům a procesům v různých oblastech lidského poznání a působení, ať už se jedná o společenské vědy, přírodní vědy nebo humanitní obory. Empirické šetření se vyznačuje systematickým sběrem dat prostřednictvím pozorování, experimentů, dotazníků, rozhovorů nebo jiných technik, které umožňují získání relevantních informací k řešení zkoumaného problému nebo otázky. Jeho hlavním cílem je objektivně získat data, která umožní vytvořit závěry založené na pozorováních a analýzách, a tím přispět k rozvoji poznání v dané oblasti (Hendl, 2005).

3.1 Metodika empirického šetření

1. **Formulace otázky či problému:** Prvním krokem při provádění empirického šetření je jasně definovat otázku nebo problém, který chceme prostřednictvím výzkumu zkoumat či řešit. Tato formulace musí být dostatečně konkrétní a jasná, aby následně umožnila vytvoření vhodné metodiky pro sběr a analýzu dat (Hendl, 2005).
2. **Návrh výzkumného designu:** Na základě definované otázky či problému je nutné navrhnout vhodný výzkumný design, který určí, jak budou data získána a analyzována. To zahrnuje rozhodnutí o metodách sběru dat (např. dotazníkové šetření, experiment, pozorování) a určení výzkumného vzorku (Hendl, 2005).
3. **Sběr dat:** Po schválení výzkumného designu je proveden sběr dat. To může zahrnovat administraci dotazníků, provádění experimentů, sběr vzorků nebo provádění rozhovorů s respondenty. Důležité je zajistit, aby data byla získána s maximální přesností a spolehlivostí (Hendl, 2005).
4. **Interpretace výsledků:** Výsledky analýzy jsou interpretovány s ohledem na původní výzkumnou otázku či problém. Cílem je porozumět významu získaných dat a jejich implikacím pro zkoumanou oblast (Hendl, 2005).
5. **Závěr a doporučení:** Na základě interpretace výsledků jsou formulovány závěry a případně doporučení pro praxi nebo další výzkum. Tyto závěry by měly odpovídat na původní výzkumnou otázku a přispět k rozvoji poznání v dané oblasti (Hendl, 2005).

3.2 Cíle empirického šetření

Cíl č.1: Zjištění efektivity stávajících ošetrovatelských postupů. Posouzení účinnosti a efektivity stávajících ošetrovatelských intervencí při péči o pacienta trpícího deliriem. To zahrnuje hodnocení strategií prevence, případně managementu zvládnání deliria.

Cíl č.2: Identifikace specifických potřeb pacienta s deliriem v kontextu ošetrovatelské péče. Tento cíl zahrnuje zkoumání faktorů, které přispívají k výskytu deliria, a identifikaci nejčastějších symptomů a komplikací.

Cíl č.3: Vypracování doporučení pro praxi na základě získaných výsledků.

3.3 Metody empirického šetření

Pro empirickou část byla zvolena jako metoda výzkumu osobní případová studie, která zkoumá jednoho pacienta. Během šetření byly použity tyto metody:

3.3.1 Pozorování

Pozorování představuje metodu, která umožňuje získat objektivní a detailní informace o chování, interakcích a prostředí zkoumaného případu. Proces pozorování probíhal přímým pozorováním v reálném čase. Pozorování umožňuje zachytit nejen to, co se děje, ale také kontext a dynamiku dané situace. Tato metoda poskytuje nezbytný nástroj pro detailní sledování chování, stavu a potřeb pacientů s deliriem. Proces pozorování ve zdravotnickém prostředí vyžaduje pečlivou a systematickou pozornost pozorovatele k chování pacienta, jeho interakcím s okolím a projevům symptomatických pro delirium. Během pozorování je důležité zachytit jak verbální, tak neverbální projevy, jako jsou změny v reakcích na podněty, gesta, mimika či neklidné pohyby. Objektivita je důležitým aspektem pozorování. Pozorovatel by měl zůstat neutrální a zamezit tak možnému zkreslení výsledků svými vlastními předsudky či interpretacemi. Důležité je zachytit chování a projevy pacienta tak, jak se skutečně odehrávají, a vyhnout se jakýmkoli subjektivním závěrům. Pozorovatel by měl také brát v úvahu prostředí, ve kterém se pacient nachází, interakce s personálem i ostatními pacienty, a další okolnosti, které mohou ovlivnit chování a projevy deliria. Tato kontextualizace pomáhá lépe porozumět sledované situaci a případně identifikovat příčiny či spouštěče deliria. Provádění pozorování vyžaduje specifické dovednosti a trpělivost (Hendl, 2005).

3.3.2 Narativní rozhovor

Narativní rozhovor je metoda sběru dat, která se zaměřuje na získání detailních a hlubokých popisů zkušeností, perspektiv a emocí respondenta v rámci zkoumaného případu. Poskytuje možnost respondentovi vyprávět příběhy, vyjadřovat své postoje a reflektovat své zkušenosti. Tato metoda umožňuje získat kontextualizované informace, které mohou být zavádějící pro porozumění zkoumaného případu. Díky rozhovoru můžeme také získat hlubší porozumění zkušeností, pocitů a potřeb pacienta prostřednictvím jejich vlastních příběhů a vyprávění. Během narativního rozhovoru je poskytnut prostor k tomu, aby pacient mohl sdělit své subjektivní zkušenosti s deliriem, popsat své pocity, obavy a potřeby. Důležitou součástí narativního rozhovoru je otázení o konkrétních situacích, ve kterých pacient zažil symptomy deliria. Ošetrovatelský personál by se měl zajímat o okolnosti, ve kterých se symptomy objevily, a pacienta podněcovat k detailnímu popisu svých prožitků. Tímto způsobem lze získat ucelený obrázek o tom, jak delirium ovlivňuje život pacienta. Narativní rozhovor umožňuje také lépe porozumět kontextu a faktorům, které mohou přispívat k vzniku a průběhu deliria. Personál by měl být schopen identifikovat možné spouštěče, jako jsou stres, nedostatek spánku nebo léková interakce, a na základě získaných informací navrhnout strategie pro prevenci a řízení symptomatických projevů deliria. Zároveň je důležité zdůraznit, že narativní rozhovor by měl být prováděn s respektem a úctou (Hendl, 2005).

3.3.3 Sběr informací ze zdravotnické dokumentace

Sběr informací z dokumentace představuje další důležitou metodu v rámci případové studie, která umožňuje získat historické a kontextuální informace o zkoumaném případě. To může zahrnovat analýzu lékařských záznamů, deníků, klinických protokolů nebo dalších relevantních dokumentů. Sběr informací z dokumentace umožňuje doplnit a ověřit informace získané z jiných zdrojů a poskytuje podklad pro komplexní analýzu a interpretaci zkoumaného případu. Pro sběr informací ze zdravotnické dokumentace je důležité mít přístup k relevantním dokumentům a zajistit, aby byla dodržena všechna pravidla ochrany osobních údajů a soukromí pacienta. Pečlivá analýza a interpretace získaných informací umožňuje lépe porozumět zdravotnímu stavu pacienta, identifikovat potřeby a navrhnout adekvátní intervenční strategie v ošetrovatelské péči (Hendl, 2005).

3.4 Průběh výzkumného šetření

Výzkumné šetření probíhalo na chirurgickém oddělení Vsetínské nemocnice a.s. Na počátku šetření pacientka podepsala informovaný souhlas, který byl vložen do její dokumentace. 80letá pacientka byla přijata s primární diagnózou fraktury raménka kosti stydké a byla imobilní, dodržovala klidový režim. Třetí noc hospitalizace došlo k rozvoji symptomatického deliria. Prvním krokem šetření byl sběr dat z lékařské a ošetrovatelské dokumentace je ho následná analýza. Následovalo pozorování a zaznamenávání průběhu dne pacientky, jejich zvyků, spánkového režimu a aktivit, které vykonávala během dne. Důležité bylo systematické pozorování chování pacientky, jejich interakcí s okolím a případným projevům symptomatických pro delirium. Pozorování bylo hlavní metodou výzkumu. Paralelně s pozorováním probíhal sběr informací z lékařské a ošetrovatelské dokumentace, aby byl získán komplexní obraz o pacientce a průběhu nemoci. V následujících dnech byl proveden narativní rozhovor. Cílem rozhovoru bylo získat hlubší porozumění pacientčím prožitkům a potřebám. Všechny tyto kroky byly provedeny s ohledem na respekt k pacientce a ochranu jejího soukromí. Získaná data z pozorování, dokumentace a narativního rozhovoru byla následně analyzována a interpretována (Hendl, 2005).

3.5 Výzkumný soubor

Jako výzkumný soubor během realizace empirického šetření sloužila případová studie pacientky ve věku 80 let, která byla hospitalizována na chirurgickém oddělení. Před hospitalizací byla pacientka zcela mobilní a soběstačná, avšak nyní, po úraze, je upoutána na lůžko. V rámci studie se detailně analyzuje současný zdravotní stav pacientky, včetně diagnóz, symptomatických projevů a funkčních schopností. Zvláštní pozornost je věnována intervenčním opatřením na pacientčinu aktuální situaci. Osobní případová studie této pacientky poskytuje hlubší porozumění individuálním potřebám, zkušenostem a péči, kterou potřebuje (Hendl, 2005).

3.6 Kritéria výběru

Výběr participanta byl realizován dle daných kritérií.

1. Participantce bylo během hospitalizace diagnostikováno delirium.
2. Participantka dovršila věku 18 let.
3. Participantka udělila souhlas se zařazením do studie. Souhlas je stvrzen podpisem informovaného souhlasu o poskytnutí rozhovoru, dat a informací ze zdravotnické dokumentace a o zachování anonymity. Tento souhlas byl vložen do zdravotnické dokumentace.

4 PŘÍPADOVÁ STUDIE

Případová obsahuje také detailní popis průběhu terapie a subjektivních prožitků pacientky během období deliria, plánování ošetrovatelské péče a léčebných opatření. Kromě toho zahrnuje hodnocení účinků terapie a navrhované režimové postupy. Na konci šetření je zaznamenáno ukončení léčby a přesun pacientky na oddělení následné péče. Informace byly získány prostřednictvím rozhovoru, pozorování a studia dokumentace o pacientce.

Šetření probíhalo ve Vsetínské nemocnici a.s. na chirurgickém oddělení. Jako participantka do studie byla zařazena pacientka ve věku 80 let, u které bylo vysoké riziko vzniku deliria. Pacientka podala souhlas s šetřením, její totožnost zůstává anonymní.

4.1 Charakteristika případu

Pro případovou studii byla vybrána osmdesátiletá pacientka s diagnózou fraktura raménka kosti stydké vlevo. Tohle onemocnění si způsobila po úrazu, který se stal 2.5.2024 při pádu ze schodů. Ležící pacientku objevila její dcera a zavolala rychlou záchrannou pomoc. Pacientka byla přijata na chirurgické oddělení k léčbě a následné rehabilitaci. Byla provedena úvodní vyšetření, než byla uložena na lůžku. Na oddělení pokračovala se v klidovém režimu a v analgetizaci. Během dne bývala klidná, orientovaná všemi směry. Analgetizována byla s efektem. 2. den hospitalizace tedy 3. května 2024, kolem 22:00 se u ní objevily první známky akutní zmatenosti a došlo k rozvoji deliria. U pacientky nebylo nutné použití jakýchkoli omezovacích prostředků. Byla ale neklidná, pokoušela se opustit lůžko, vytáhla si intravenózní kanylu. Po proběhnutí první epizody deliria byla nadále sledována. Byla zajištěna režimová opatření, aby se zabránilo vzniku další epizody. Po podané medikaci usnula a následující den už byla klidná, nepamatovala si přesně průběh noci. Zavedla se nová režimová opatření nový denní režim. Pacientka byla řádně edukována a edukována byla i její rodina, která ji chodívala navštěvovat. Bylo pozorováno, že po provedení intervencí již nedošlo k dalšímu rozvoji delirantního stavu. Pokračovalo se v analgetizaci a na základě RTG vyšetření se po pár dnech zahájila rehabilitace. 7.5.2024 byla přeložena na oddělení následné péče k dalšímu doléčení a rehabilitaci.

4.2 Anamnéza

Pacientka žije v rodinném domě na vesnici kousek od Vsetína. Minulý rok dovršila věku 80 let. Momentálně už je na starobním důchodě dříve pracovala jako dělnice ve zbrojovce na Vsetíně. Většinu svého života prožila s manželem, který před šesti lety zemřel. Pacientka nebydlí sama. V prvním patře bydlí její dcera s rodinou pacientka. Pacientka se léčí s esenciální hypertenzí. V roce 2005 prodělala cévní mozkovou Od té doby ji trápí migrény. V roce 2007 podstoupila operaci polypů tlustého střeva a v roce 2011 měla otevřenou luxaci palce ruky vlevo. Momentálně je v péči onkologa pro rakovinné onemocnění vulvy. Žádné potravinové alergie neguje, alergii udává pouze na Lussopress. V chronické medikaci má zařazeny tyto léky: Milurit 100 mg 1-0-0, Oramelol 15 mg 1-0-0, Tezeo 80 mg 1-0-0, Atoris 10 mg 1-0-0, Citalec 10 mg 1-0-0, Godasal 100 mg 1-0-0, Omeprazol 20 mg 1-0-0.

Má za sebou dva porody a žádné potraty, obě děti jsou zdravé. Je očkována dvěma dávkami proti Covidu-19. Nyní váží 70 kg a na výšku měří 155 cm. Její BMI= 29. Pacientka byla přivezena RZP po pádu ze schodů. Pacientka je kardiopulmonálně kompenzovaná, eupnoe, afebrilní, ameningeální, orientovaná všemi směry, kůže bez ikteru a bez cyanózy, hydratace je dobrá. Hlava mezocefalická, poklep je nebolestivý, zornice izokorické, pozitivní fotoreakce, sklery bílé, spojivky růžové, dutina ústní čistá, sekrece z nosu ani z uší není. Krk je volně hybný, krční páteř ji nebolí, šíje bez opozice, pulzace karotid symetrická, náplň krčních žil je v normě. Hrudník má pevný, srdeční akce je pravidelná, eupnoe. Břicho v niveau, palpačně volně prohmatné, měkké, játra ani slezina hmatná není, peristaltika v normě, per rectum nevyšetřeno – neakceptuje. Levá dolní končetina bez zkratu či rotace, pulzace do periferie hmatné bilaterálně, lýtko bez otoku či známek zánětu, hybnost v kyčli omezená pro bolest, ale flexi provede, koleno bez patologických změn, bolest vystřeluje do třísla. Nález RTG: Fraktura horního raménka kosti stydké vlevo. Jiná traumata nebyla pacientce během úrazu způsobena. Pacientce již dříve byla diagnostikována esenciální hypertenze a momentálně je v péči onkologa pro nádorové onemocnění vulvy.

4.2.1 Měření fyziologických funkcí

TK – 140/70 mmHg

Puls – 61 pulzů/min

TT – 36,6 °C

SpO₂ – 96 %

Dechová frekvence – 18 dechů/min

4.2.2 Krevní odběry

Vyšetření	Jednotka	Referenční meze	Výsledek
eGF	ml/s	1,5-2,5	0,773
ALP	μkat/l	0-2,5	1,99
ALT	μkat/l	Různé	0,58
AST	μkat/l	Různé	0,49
GGT	μkat/l	Různé	0,38
Bilirubin celkový	μmol/l	4-20	8
CRP	mg/l	0-5	4,9
Draslík	mmol/l	3,8-5,1	4,0
Glukóza	mmol/l	Různé	5,8
Urea	mmol/l	2,9-8,2	6,0
Kreatinin	μmol/l	Různé	99
Chloridy	mmol/l	95-108	103
Sodík	mmol/l	135-145	137

Tabulka 1: Biochemické vyšetření krve.

Vyšetření	Jednotka	Referenční meze	Výsledek
HCT	l	0,35-0,47	0,327
HGB	g/l	120-160	115
MCV	fl	82-98	92
MCH	pg	28-34	32,2
MCHC	g/l	320-360	352
PLT	10 ⁹ /l	150-400	201
RBC	10 ¹² /l	3,8-5,2	3,57
WBC	10 ⁹ /l	4-10	3,53

Tabulka 2: Hematologické vyšetření – krevní obraz.

Vyšetření	Jednotka	Referenční meze	Výsledek
APTT	s	24-29	22
APTT(R)	l	0,8-1,2	0,9
PT(INR)	l	-	1,10
PT(Q)	%	80-120	83
PT(R)	l	0,8-1,2	1,1

Tabulka 3: Koagulační vyšetření krve.

4.2.3 Odběry moče

Barva	Světle žlutá
Bilirubin	0
Bílkovina	0
Glukóza	0
Ketolátky	0
Krev	0
Leukocyty	0
Nitrity	Negativní
pH	5,0
Specifická hmotnost	1,011 kg/m ³
Urobilinogen	Normální
Zákal	Čirá

Tabulka 4: Chemické vyšetření moči.

4.2.4 Lékařské diagnózy při přijetí

S3250 – Zlomenina kosti stydké; zavřená

W0101 – Pád na rovině po uklouznutí nebo zakopnutí; domov; volný čas

I10 – Esenciální (primární) hypertenze

C519 – ZN – vulva NS

E790 – Hyperurikemie bez známek zánětlivé artritidy a tofů

4.2.5 Léčebný plán

Přijetí na standartní chirurgické oddělení, klidový režim na lůžku, symptomatická terapie, konzervativní postup bez chirurgické intervence. Dále se bude navazovat na rehabilitaci a zlepšení soběstačnosti.

4.2.6 Ošetrovatelské diagnózy

1. 00128 - Akutní zmatenost
2. 00132 - Akutní bolest
3. 00155 - Riziko pádu
4. 00028 - Riziko deficitu tělesných tekutin
5. 00004 - Riziko infekce
6. 00085 - Zhoršená pohyblivost
7. 00095 - Porušený spánek

4.2.7 Přehled invazivních vstupů

Invazivní vstup 1: Krevní oběh – PŽK – periferní žilní katétr

- Typ vstupu: Krevní oběh
- Druh vstupu: Periferní žilní katétr
- Velikost: G20 – růžová
- Místo vpichu: Levá loketní jamka
- Hodnocení: VIP0 – nejsou známky flebitidy

Invazivní vstup 2: Urogenitální systém – PMK – permanentní močový katétr

- Typ vstupu: Urogenitální systém
- Druh vstupu: Permanentní močový katétr
- Velikost: 16 – nelaton
- Hodnocení: katétr průchozí, moč tmavší, zapáchající

4.3 Katamnéza

Dne 2. 5. 2024 pacientka spadla doma ze schodů. Udává, že se moc nedívala a špatně došlápla. Chvíli ležela na zemi pod schody, dokud nepřišla její dcera, která s ním bydlí v prvním patře, ta slyšel ránu. Pacientka se nemohla zvednout. A udávala bolest v oblasti pánve s projekcí do třísla. Dcera pacientky proto volá rychlou záchrannou pomoc. Rychlá záchranná pomoc přijela asi za 15 minut po zavolání. Naložili ji do sanitky, kde jí byla zavedena intravenózní kanyla. Pacientka byla dovezena na chirurgickou ambulanci do Vsetínské nemocnice a.s., kde chvíli čekala a poté byla vyšetřena lékařem. Byla jí odebrána krev na laboratorní vyšetření. Bylo provedeno biochemické vyšetření krve, hematologické vyšetření krve-krevní obraz a srážlivé faktory. Proběhlo také vyšetření moče. I moč byla bez patologického nálezu. Poté podstoupila RTG vyšetření. Rentgenolog na snímku popisuje frakturu horního ramínka kosti stydké vlevo jiná traumata nebyla pacientce způsobená. Odřeniny nikde na kůži neměla a udávala, že do hlavy se neuhodila. Během vyšetření byly pacientce na ambulanci aplikovány analgetika-novalgin 2 ml intravenózně a paracetamol 1 g také intravenózní cestou. Po vyšetření a přijetí byla pacientka přesunuta na chirurgické oddělení. Všechno probíhalo v doprovodu dcery. Pacientka byla uložena na pokoj číslo 3, kde byla převlečena do pyžama. Úvodně byl ordinován klidový režim, pacientka se nemohla tedy ani posadit. Byla uložena na lůžko hned vedle dveří, jednalo se o 3lůžkový pokoj na pokoji byla tehdy sama. Kvůli snížené hydrataci, pacientka měla suché sliznice a měla snížený turgor kůže, jí byly aplikovány infuzní roztoky. Také jí byl zaveden permanentní močový katetr. Pacientka stále udávala bolesti na stupnici VAS=4 body. Ale udávala, že po podání analgetik na ambulanci nastala úleva. Na pokoji měla i televizi, která však byla od pacientky daleko. Bylo nutno s ní komunikovat více nahlas, protože měla zhoršené slyšení a naslouchátko nemá. Podepsala souhlas s hospitalizací a udělala i souhlas s výzkumným šetřením. Ten byl založen do dokumentace pacientky. Během zbytku dne pacientka udávala bolesti, které se zhoršovaly při pohybu. Mohla se otočit pouze z boku na bok. Udávala, že se necítila se v novém prostředí dobře. Nemá ráda změny. Během noci skoro vůbec nespala. Cítila se vystrašená a necítila se v novém prostředí bezpečně. Pacientce byly pravidelně podávány analgetika po 6 hodinách (novalgin, paracetamol). Bolesti se posléze zmírnily a pacientka udávala bolesti na stupnici VAS=2 body.

Následující den 3.5.2024 je pacientka klidná, orientovaná všemi směry, na otázky reaguje přiměřeně, výzvě vyhoví. Je tichá, moc požadavků nemá. Ranní hygiena probíhá, kvůli klidovému režimu, na lůžku s dopomocí sestry. Kvůli akutní bolesti má problém s pohyblivostí i v rámci lůžka, zejména ji dělá problém otáčení z boku na bok, aby se mohly vyměnit lůžkoviny. Má zaveden PMK, který ne moc dobře snáší, spíše jí zavazí. Stolice se vyprazdňuje na lůžku, na podložní mísu. Snídá taktéž v lůžku, v sedě s pomocným stolkem. Zavedený PŽK je funkční. Při jídle dopomoc nepotřebuje a ani ji nevyžaduje. Snídá celou porci, oběd jí už moc nechutná. Během dne je analgetizována novalginem a paracetamolem dle vlastní potřeby. Kůže je suchá, má snížený turgor kůže, jinak je kůže bez defektu, cyanózy nebo ikteru. Je důležité s ní mluvit nahlas a jasně a některé informace je třeba opakovat vícekrát. Ke čtení potřebuje brýle. Udržuje oční kontakt a dobře vnímá, co jí druzí sdělují, bez obtíží všemu rozumí, komunikuje bez potíží. Během dne si zachovává dobrý smysl pro osobu, čas a místo. Sama mluví pomalu a srozumitelně, dobře artikuluje a není obtížné ji porozumět. Vlasy má řídké, svázané do culíku. Přes den působí zrudně, občas si zapne televizi, ale u té usíná. Lůžko je umístěno u dveří, na ostatních 2 lůžkách nikdo není, takže je na pokoji sama. Při příchodu na pokoj sama rozhovor nenavazuje, pouze pozoruje okolí. Kolem 14. hodiny přichází na oddělení její dcera, která ji přišla navštívit. U pacientky se její dcera držela asi 25 minut, poté odešla. Zbytek dne probíhal stejně, pacientka působila pasivně. Po večeři, která se podávala v 5 hodin odpoledne, proběhla večerní úprava a hygiena. Užila si večerní léky s večeří, poté se ještě dívala na televizi a byla telefonický rozhovor s příbuzným. Před 22 hodinou užila analgetikum a chystala se ke spaní. Po 22. hodině v noci zazvonila na signalizační zařízení. Při příchodu na pokoj bylo již znatelné, že je neklidná. Ležela v lůžku s jednou nohou svěšenou za postranicí, vedle lůžka ležela rozlitá konev s čajem. Pacientka nebyla schopná identifikovat místo, kde se nachází a momentální čas, den či rok. Vykřikovala náhodná slova a vydávala různé zvuky. Byl informován lékař, který přišel zhodnotit stav pacientky. Vytáhla si PŽK, který byl nalezen v lůžku mezi zakrvácenými lůžkovinami. Nevykazovala známky agrese, pouze akutní zmatenosti. Byla uložena správně v lůžku. Pacientce byl změřen krevní tlak a pulz. Byla hypertenzní – TK 145/90, P=101⁴/min.

Oběhově byla stabilní, saturace tkání kyslíkem byla změřena 94 %. Lékař neordinoval oxygenoterapii. Pacientka byla opět zklidněná krátkým, stručným rozhovorem. Bylo k ní přístupováno s respektem a úctou. Aplikovala se medikace naordinované lékařem – Buronil p.o. a Tiapridal i.v. Dále se v medikaci pokračovalo po 4 hodinách při neklidu či agitovanosti. Medikace začala účinkovat za několik minut.

Komunikace s ní byla přiměřena jejímu momentálnímu stavu. Bylo jí stručně sděleno, že se nachází v nemocnici a jaký je den. Lůžko bylo převlečeno do čistého a suchého povlečení, ranka po vstupu PŽK byla ošetřena. Nebyly použity omezovací prostředky. Pacientka se poté zklidnila a usnula. Nadále byla během noci sledována. Spala až do 6:00, dokud nezačala ranní hygiena.

Následující den 4.5.2024 byla přes den již plně orientovaná všemi směry. Částečně si byla vědoma situace ze včerejší noci. Byla z dané události skleslá, až plačtivá. Pacientce byl poskytnut rozhovor, byl jí vysvětlen následující postup péče. Byly správně stanoveny ošetrovatelské diagnózy a pacientce byly vysvětleny cíle ošetrovatelské péče. Pacientka s návrhem souhlasila a byla edukována o důležitosti správné hydratace. Teď už pouze perorálně, protože si intravenózní kanylu v noci během epizody deliria vytáhla. Byl jí přidělen bilanční záznam, kde si zapisovala vypité sklenice a objem vypitých tekutin. Bilanční záznam sloužil ke sledování stavu hydratace a byl pacientce k dispozici po zbytek hospitalizace. Pacientka udávala, že se jí s brčkem špatně pije. Proto obdržela plastovou láhev s pítkem, které pro ni bylo komfortní byla tak schopná za 24 hodin vypít 1700 ml tekutin. Sliznice, již poté neměla tolik suché.

Byly ponechán permanentní močový katétr. Moč, kterou vedl, byla tmavší, zapáchající, proto byla odebrána na bakteriologické vyšetření. Ráno na lačno jí také byla odebrána krev na biochemické vyšetření a na vyšetření krevního obrazu. Zvýšené CRP neměla a nebyla přítomna ani leukocytóza.

Pacientka udávala, že již při přijetí si nebyla jistá, jaké léky pravidelně užívá, proto byla kontaktována její rodina, konkrétně dcera a syn. Ani jeden z nich nevěděl, jaké přesně léky užívá, proto bylo nutno kontaktovat praktického lékaře. Poté došlo k úpravě medikace. Bylo zjištěno, že pacientka užívá každou noc jednu tabletu Tritico 75 mg. Ošetřující lékař medikaci upravil.

Následujícím krokem bylo zajistit aktivizaci přes den, tak aby pacientka nespávala a nedošlo k fragmentaci spánku. Během návštěvy dcera donesla jednu knihu a nějaké časopisy, které ráda čte, konkrétně časopis Chvilka pro tebe a Tina, které si pacientka předplácí. Byla přemístěna na lůžko pod okno, kde měla nejen zlepšený výhled na televizi, ale mohla pozorovat i dění z okna. I když stále měla neřízený klidový režim, probíhala u ní rehabilitace na lůžku, včetně nácviku dechových cvičení.

Neustále byla v kontaktu s rodinou a zejména tehdy, kdy se cítila osaměle nebo smutně.

Bylo vytvořeno optimální prostředí na pokoji, bylo zabráněno přílišné stimulaci, která by mohla pacientku rušit. Pacientka byla edukována o udržování komunikace s rodinou a přáteli. Lůžko bylo správně zabezpečeno postranicemi. Bylo eliminováno riziko pádu. Odpoledne k ní byla přiřazena na pokoj nová pacientka. Přes den tedy již pospávala méně, zdřímla si pouze na chvíli po obědě, ale většinu dne byla bdělá. Pravidelně jí byly měřeny vitální funkce, byla monitorována bolest, pokračovalo se v analgetizaci. Na pokoji byly umístěny hodiny tak, aby na ně pacientka přes den viděla, bylo eliminováno riziko vzniku infekce prováděním aseptických postupů a důkladné hygieny. Ve 22:00 pacientka užila medikace dle ordinace. K rozvoji deliria nedošlo.

Dne 5.5.2024 pacientka udávala, že se konečně dobře vyspala. Dopoledne byla na pokoj přijata nová pacientka. Dámy se rychle seznámily. Nová pacientka byla sympatická a přes den si hodně povídaly. Pokračovalo se v zavedeném režimu. Stále se sledovala bilance tekutin. Močový katétr už odváděl světlejší žlutou bez neobvyklého zápachu nebo bez patologické příměsi. Pacientka nejevila známky infekce.

Analgetizace byla dostačující a pacientka udávala stupeň bolesti VAS=1 bod. Při výhodně nastavené analgetizaci byla v lůžku i více mobilní. Ráno proběhla kontrola krevního tlaku (130/75). Dále přetrvávala hypertenze. Saturace tkání kyslíkem byla uspokojivá (96 %) a byla vyhodnocena normokardie. Za tento den vypila pacientka 1900 ml tekutin. Nejevila známky dehydratace. Nadále také pokračovat rehabilitaci.

Bylo provedeno kontrolní RTG, kde se nález oproti minulému snímku nezměnil. Nohy měla vypodložené a bylo dbáno o kůži, na které nebyl zpozorován žádný defekt. Kožní turgor byl v normě. Ve 14:00 přišla pacientku navštívit dcera i syn. Pacientka se cítila o něco lépe, ale stále byla smutná. Chyběl jí její pes, na kterého je zvyklá. Den na oddělení probíhal dle harmonogramu. Lze konstatovat, že došlo ke zlepšení celkového stavu a psychické pohody. Dle pacientky byla pro ni přínosná přítomnost nové pacientky. Už si nepřipadala tak sama. Noc byla klidná a nedošlo k další epizody deliria.

Následující den 6.5.2024 probíhal stejně jako den minulý. Pacientka si začala na nové prostředí postupně zvykat. Nevyžadovala tolik analgetik, ráno užila novalgín per os. Vyprázdnila se na podložní mísu, stolice byla fyziologická. K vyprázdnění nebylo třeba medikamentózní podpory. Přes den vypadala čilejší. Odpoledne ji přišla navštívit rodina, tentokrát i s vnoučaty. To jí udělalo radost. Už jí nebylo třeba tak často vybízet k pití. Za tento den pacientka vypila 1900 ml tekutin. Nadále nejevila známky infekce, moč byla světle

žlutá bez patologických příměsí. V noci užila medikaci a bez potíží kolem 22:00 usnula. Během noci nedošlo k rozvoji deliria.

Následující den 7.5.2024 probíhal dle zvyklosti. Hygiena proběhla na lůžku. Byly změřeny fyziologické funkce (TK 135/85, P 89'/min).

Ošetřující lékař rozhodl, že je vhodné pacientku přemístit na oddělení následné péče k doléčení a následné rehabilitaci. Pacientka s překladem souhlasila, její rodina byla informována telefonicky. Ráno užila analgetika (novalgin p.o.) a v 09:00 byla přeložena na oddělení následné péče, které se nachází v areálu Vsetínské nemocnice. Na novém oddělení pokračovala v zavedeném režimu. Byla přeložena na pokoj, kde byly hospitalizovány další dvě pacientky. Sice se jí nelíbila nová změna, ale sdělila, že se cítí zase o krůček blíže k domovu.

4.5 Rozhovor

R: *Tak co bych vám o sobě tak řekla. Narodila jsem se na Vsetíně, v rodině nás bylo šest dětí. Měla jsem ještě dvě sestry a tři bratry. Teď už mám pouze jednu sestru, ostatní jsou po smrti. Naši měli malý domek, tam, jak se jede směrem na Liptál. Jako děcko jsem musela našim hodně pomáhat a mám za sebou jenom základní školu, zbytek jsme dělali kolem baráku i se sourozenci. Ve 20 letech jsem se vdala. A za chvíli po svatbě přišly děti. S manželem jsme se přestěhovali k jeho rodičům kousek na vesnici od Vsetína. Já jsem byla doma s dětmi manžel pracoval v lese, těžil dřevo, dělával prořezávky a tak podobně. Až když děti byly větší, pracovala jsem i já jako dělnice ve zbrojovce. Tam jsem zůstala až do důchodu. Do teď bydlím v domě, kde jsme se s manželem po svatbě přestěhovali. Bydlí tam se mnou ještě moje dcera, která obývá první patro. Jsem ráda, že jí tam mám u sebe se vším mi pomáhá a já jí na oplátku zase hlídám vnoučata. A aspoň nejsem sama teď, když už manžel zemřel. Práce okolo domu je pořád dost, protože máme velkou zahradu. Pěstuji tam všechno možné. Dříve jsem chovala i slípky. Teď už mám jenom malého jorkšíra, který mi dělá společnost a jsem velmi ráda, že ho mám je to můj kamarád. Vždycky za mnou chodí a my se spolu mazlíme a já ho hladím. Ráda si s ním bavím, jak kdyby to bylo moje děcko. Občas s ním zajdu do obchodu. Ale když se mi nechce, pustím ho na zahradu. Doma už toho tolik moc nepodělám, ani skoro nemám co. Uklízí mi spíše dcera. Zato, ale ráda vařím, když dcera nemůže nebo je v práci, hlídám. Nebo jsem hlídávala, teď už jsou větší. Vnoučatům vařím často. Myslím si, že jim moje jídlo chutná. Když mám volno, tak se ráda dívám na televizi. Anebo poslouchám Šlágr a jejich skvělé písničky. To mě vždycky rozveselí. Akorát si to musím pouštět více nahlas, protože už slyším o něco hůře než dříve. Taky čtu časopis Chvilka pro tebe. a někdy i Tina. Než jsem spadla a dostala jsem se do špitálu, všechno jsem zvládala jakžtakž dělat sama. Teď je to mnohem horší musím několik týdnů ležet. Nevím, jak to vydržím. Chybí mi rodina, ta se tu aspoň může ukázat, bohužel psíka jsem už dlouho neviděla. Přes den se tu docela nudím, když jsem na pokoji sama. Nevím, co mám dělat. Hýbat se nemůžu, a i když se snažím nějak hýbat v posteli, tak to bolí. Ještě že mi dáváte ty prášky od bolesti, které mi zabírají. Jste tady na mě moc milí, ale mně se tady vůbec nelíbí. Zavazí mi hlavně tady ta hadička na čůrání. Ani pořádně umýt se sama nedokážu. Chodí tu za mnou ráno sestřičky nebo studentky a musí mě umývat na posteli. Jsem ráda, že se aspoň sama najím. I když nemůžu jít ke stolu jako normální člověk. Velmi lituji toho dne, když jsem spadla a skončila jsem tady, byla jsem nepozorná. Spadla jsem na schodech. Na zemi mě, pak našla dcera a zavolala mi záchranku. A teď to musím ležet jak kravský ocas. Celý den*

nic nedělám. Potom přes den spím a v noci nemůžu. usnout Požádala jsem doktora, aby mi napsal nějaké prášky na spaní. To všechno by ještě šlo, ale to, co se stalo. V noci mě úplně vyvedlo z míry. Moc si to nepamatuji. Nemohla jsem se rozpomenout, kde jsem. Moc mě to mrzí sestřičko. Prosím, nezlobte se na mě. Nevím, co mám dělat. Nikdy předtím jsem nic takového nezažila. A taky se bojím, že už nebudu chodit. Dneska má za mnou přijít dcera, něco mi snad přinesou. Tak se aspoň pokusím tu nějak zahnat tu nudu.

4.6 Analýza dat

Pacientka byla urgentně hospitalizována dne 2. května 2024 v odpoledních hodinách. Není to poprvé, co se ocitla v nemocnici. I přes svůj pokročilý věk je velmi aktivní, i když momentálně je vázána na lůžko. V domácím prostředí je schopna zčásti se postarat o sebe sama. V případě, že vyžaduje pomoc při fyzicky náročnějších činnostech, může se spolehnout na svoji dceru, s níž sdílí bydlení v rodinném domě na vesnici. Pacientka upřednostňuje pobyt na čerstvém vzduchu, nejraději na zahradě u domu ve společnosti svého psa. Momentálně je sledována onkologem kvůli nádorovému onemocnění, přičemž nejbližší kontrola je naplánována na letošní květen. V minulosti podstoupila operaci tlustého střeva. Zároveň je léčena kvůli hypertenzi. Doma si krevní tlak sleduje jen občas. Pacientka se zdržuje alkoholu, nekouří a během dne vypije 1-2 hrnky kávy. Nikdy v minulosti nevykazovala žádné známky závislosti. Pacientka byla lékařem naordinována dieta číslo 3 - racionální strava. V domácím prostředí si většinu jídel připravuje sama a jí obvykle 3krát až 4krát denně. Denně konzumuje ovoce a zeleninu, některé druhy si pěstuje sama ve své zahradě. Zahradničení je jejím velkým koníčkem. Neprojevuje žádné alergie na potraviny a udržuje si stabilní váhu bez větších změn. Nepociťuje ztrátu apetitu a nezaznamenala žádné významné změny váhy v posledních šesti měsících. Občas má tendenci zapomínat na pitný režim a někdy nepociťuje žízeň. Kromě toho má pacientka umělý chrup. Doma byla stolice pravidelná, normálního vzhledu. Z vyprazdňování v nemocnici má strach. Je pro ni nepřirozené se vyprazdňovat vleže. Pacientka má zavedený permanentní močový katétr, kvůli zhoršené pohyblivosti a bolestem. Moč má žlutou barvu, typického zápachu. Nemá problémy s pocením ani během noci, ani během léta. Navzdory pokročilému věku je pacientka velmi čilá. V domácím prostředí pravidelně vychází na čerstvý vzduch, nejčastěji si vybírá pobyt na zahradě u domu nebo krátké procházky se svým psem. Bylo pro ni velmi obtížné přijmout skutečnost, že je nyní omezena v pohybu a musí zůstat v lůžku. Před úrazem se při chůzi opírala o vycházkovou hůl a zvládala i chůzi po schodech. V domácnosti má nainstalována madla, která jí poskytují oporu, při sprchování používá kompenzační pomůcky. Ve volném čase doma ráda sleduje televizi, zpravodajství, relaxuje na zahradě a luští křížovky. Pacientka doma problémy s usínáním nemá. Je zvyklá spát minimálně 7 hodin denně. Spát chodí každý den ve stejnou hodinu a vstává brzo ráno. V nemocnici je spánek narušen. Po příjmu byla pacientka vzhledem ke zdravotnímu stavu upoutána na lůžko a přes den pospávala, tím se narušila její dlouholetá rutina. Delirium zažila nyní během hospitalizace poprvé. Z celé skutečnosti se cítí skleslá. Udává, že se za sebe stydí a je nerada,

že musela personál nemocnice obtěžovat. Dle svých slov se považuje za klidnou a vyrovnanou osobu. Není moc upovídaná a nechce nijak zatěžovat ani zdržovat ostatní. I přesto, že ji v nemocnici často navštěvují dcera a syn, cítí se osaměle. Ráda vzpomíná na svého zesnulého manžela, který zemřel před šesti lety. Má obavy z toho, že by mohla být dlouhodobě vázána na lůžko, a obává se ztráty své soběstačnosti. Po konverzaci s ní bylo patrné, že se cítí uvolněněji, protože mohla sdílet své obavy a problémy. Pacientka je ženou, která zastává roli matky a babičky. Žije v domě s přílehlou zahradou, spolu se svou dcerou a její rodinou. V jejich domácnosti nejsou běžné žádné konflikty ani neshody. Jako nejtěžší okamžik ve svém životě uvádí ztrátu svého manžela. Nyní se nejvíce těší z času stráveného s vnoučaty. V současné době sledována pro nádorové onemocnění vulvy. Nikdy neužívala antikoncepci. Nikdy nepotratila ani nebyla vystavena sexuálnímu násilí. Porodila dvě děti, dceru a syna, přičemž porody probíhaly bez komplikací. Menopauza se u ní objevila kolem věku 45 let a snášela ji dobře. Největší stresovou situací pro pacientku byla ztráta jejího manžela před šesti lety. Dnes je s touto situací vcelku vyrovnaná, jen při vzpomínce je jí smutno. Nyní jí dělá starost případná ztráta soběstačnosti, nachází se v psychické nepohodě, která taktéž přispívá ke vzniku deliria. Již u přijetí by se dalo předpokládat, že k rozhodnutí deliria dojde. Pacientka vykazovala hned několik rizikových faktorů, jako je dehydratace a vyšší věk. Náročná pro ni byla i změna prostředí, úzkost a strach. Mezi rizikové faktory se také řadí fragmentace spánku a akutní bolest, kterou pacientka prožívala v souvislosti s úrazem. Pacientka byla i v riziku vzniku infekce kvůli zavedeným invazivním vstupům. Infekce se však během hospitalizace nepotvrdila a pacientka nevykazovala známky sepse. Po zvládnutí deliria bylo šetření zaměřeno hlavně na preventivní opatření. Bylo dbáno na správnou hydrataci. Aby se pacientka správně orientovala v čase, byly hodiny na pokoji umístěny tak, aby na ně pohodlně dohlédla. Pacientka byla během dne aktivizována tak, aby nedocházelo k fragmentaci spánku a ona neusínala během dne. Také došlo k úpravě medikace, která byla při přijetí chybně zadaná. Všechny provedené intervence úspěšně šly k tomu, aby nedošlo k rozvoji další epizody deliria. Za celou dobu hospitalizace od 2.5.2024 do 7.5. 2024 došlo k rozvoji deliria pouze jednou.

5 DISKUSE

Cílem bakalářské práce bylo vypracování případové studie a zjištění efektivity stávajících ošetrovatelských postupů při péči o pacienta trpícího deliriem. Delirium je náhle vzniklý stav, který dokáže pacienty přímo ohrožit na životě. Nejvhodnější je takovému stavu předcházet. Prevalence je vysoká, a i přes to zůstává delirium často nerozpoznáno (Kalvach, 2008). Respondentka se nachází ve vysokém riziku vzniku deliria, a to kvůli vysokému věku, samotné hospitalizaci, imobilizaci a náhle vzniklé izolaci od rodiny a domácího prostředí, akutní bolesti, která byla způsobena traumatickou frakturou raménka kosti stydké. Při měření bilance tekutin se zjistil nízký příjem i výdej tekutin, respondentka nebyla zvyklá dodržovat pitný režim ani doma. Po přijetí do péče, při fyzikálním vyšetření, bylo zjištěno, že kožní turgor je snížený, kůže a rty jsou suché. Na základě přítomnosti a působení všech zmíněných faktorů se dalo očekávat, že by k rozvoji deliria mohlo dojít. Během dne byla pacientka orientovaná místem, časem i osobou, komunikace byla normální, pacientka reagovala na oslovení, odpovědi byly smysluplné. Ve noci se začaly objevovat první symptomy a rozvíjela se zmatenost. Jednalo se o smíšený typ deliria a sundowning syndrom. Pacientka si najednou myslela, že se nachází u sebe doma, i přes nařízený klidový režim se začala zvedat do sedu, zde ji však limitovala akutní bolest, lůžko neopouštěla. Nadále se objevila dezorientace časem, pacientka nedokázala říct, jaký je den, měsíc či rok. Objevily se výkřiky a náhodná slova, nedávající smysl. Samovolně si vytáhla periferní žilní kanylu, pokusila si vytáhnout i permanentní močový katétr, ten si nakonec pouze jen rozpojila. Po akutně nasazené medikaci se uklidnila a usnula. Následující den ráno se cítila vyčerpaná, neodpočatá, částečně si pamatovala na události minulé noci, byla z toho rozmrzená, smutná až plačtivá. Nedokázala pochopit, co vedlo k rozvoji takového stavu. Pacientce byl poskytnut rozhovor. Byl jí vysvětlen následující postup preventivních opatření a nefarmakologických postupů zabránění vzniku další epizody deliria. Cílem tedy bylo aplikovat poznatky z teorie a vyhodnotit jejich účinnost. Pacientka souhlasila, byla ochotná spolupracovat a sama se aktivně zapojila do aktivit. Prvním problémem k řešení byl spánkový režim a jeho fragmentace během dne. Při imobilizaci se před den pacientka nudí, nevykonává aktivity jako obvykle, večer se necítí unavené a pospává přes den. Na pokoji byla sama, společnost měla jen během návštěvních hodin. Prvně bylo potřeba pacientku zaměstnat přes den, aby v noci mohla lépe odpočívat. Byly jí nabídnuty aktivity, ze kterých si vybírala. Její volbou byly nakonec křížovky, čtení časopisů, které poskytla rodina a vyšívání, které také obstarala dcera pacientky. Pacientka byla zaměstnaná a přes den nespala.

Spát šla až večer ve stejnou hodinu, na jakou je zvyklá z domu. Dalším krokem byla správná léčba bolesti. Pacientce byla aplikována analgetika nejčastěji perorálně. Dle pacientky byla analgetizace vyhodnocena jako efektivní. V kombinaci s úlevovou polohou ji pacientka označila jako vyhovující a komfortní. Nepostradatelný je pocit bezpečí, v rámci prevence rizika pádu bylo lůžko pacientky opatřeno postranicemi z obou stran. K pohybu na lůžku jí sloužila hrazdička. Vše potřebné měla vždy na dosah ruky. Dle slov pacientky, se necítila v ohrožení. V souvislosti se zavedeným PMK, bylo eliminováno riziko vzniku infekce. Provedené intervence zahrnovaly důkladnou hygienu, zejména v oblasti genitálií a okolí vývodu močové trubice. Byla měřena BT. Důraz by kladen na dostatečnou hydrataci. Byla sledována barva a charakter moče, záznam byl veden ve zdravotnické dokumentaci. BT byla zhodnocena jako uspokojivá, moč měla barvu světle žlutou, makroskopicky bez patologické příměsi. K rozvoji infekce nedošlo, pacientka nejevila známky lokální ani celkové sepse. Hydratace byla uspokojivá. Z domácího prostředí byla pacientka zvyklá nedodržovat doporučený pitný režim. Dlouhodobě byla zvyklá pít asi necelý litr tekutin. Sliznice měla suché, turgor kůže byl taktéž snížen. Během hospitalizace byly pacientce aktivně nabízeny tekutiny, které popíjela po malých doušcích tak, aby nedošlo k aspiraci. Množství zkonsumovaných tekutin bylo značeno do bilančního záznamu. Příjem tekutin za 24 hodiny se během hospitalizace změnil až na 1,9 litru. Pacientka nejevila známky dehydratace, což je také rizikový faktor vzniku deliria. Byl zajištěn pravidelný přísun čerstvého vzduchu, pacientce nebyla ani zima, ani horko, kůže byla pravidelně promazávána, nedošlo ke vzniku žádných kožních defektů. Pacientce byla zajištěna dopomoc při rehabilitaci v lůžku. Při cvičení se také unavila a celkově se cítila lépe, a to i po psychické stránce. Hodiny byly umístěny tak, aby na ně pacientka pohodlně dohlédla a měla přehled o času. Lůžko bylo přesunuto od dveří k oknu. Rodina byla o prevenčních opatřeních informována, během návštěvních hodin pacientku zaměstnávali a poskytli ji sociální podporu. Pacientka se poté cítila méně osaměle. K rozvoji další epizody deliria během hospitalizace na standardní jednotce chirurgického oddělení nedošlo. Režimová opatření a provedené ošetrovatelské intervence hodnotím jako přínosné, ale zároveň časově náročné. V běžné praxi je tedy nutné směny saturovat dostatečným počtem sester, aby mohla být poskytnuta kvalitní péče, v oblasti prevence vzniku deliria hlavně psychologická a sociální.

6 DOPORUČENÍ PRO PRAXI

V rámci doporučení pro praxi bych ohledně prevence vzniku deliria během hospitalizace zmínila několik důležitých poznatků, které ze zkoumání vyplynuly. Prvním krokem je identifikace pacientů s vysokým rizikem vzniku deliria na základě faktorů jako je pokročilý věk, předchozí historie deliria, souběžné zdravotní stavy nebo užívání léků s potenciálním vlivem na mentální stav. Edukace zdravotnického personálu je rovněž důležitá. Je nutné, aby byli schopni rozpoznat příznaky deliria a měli přehled o strategiích prevence. Dále je vhodné zajistit prostředí, které podporuje orientaci pacientů v čase a prostoru, například pomocí dobře čitelných informačních tabulí, osvětlení a barevného odlišení pokojů. Nepostradatelná je také podpora příjmu tekutin u pacientů, zejména u těch, kteří nemohou vyjádřit pocit žízně. Aktivace pacienta prostřednictvím fyzické aktivity a interakce s okolím, podpora spánku a poskytování adekvátní péče jsou další důležitá opatření. Pravidelné monitorování stavu pacientů a dokumentace příznaků deliria, včetně rychlého zásahu a zahájení léčby v případě jejich výskytu, by mělo být standardní součástí praxe.

7 ZÁVĚR

Bakalářská práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. V teoretické části byly definovány pojmy jako delirium a s ním spojené navazující pojmy. V praktické části jsem představila případovou studii. Jedním z cílů bylo zjištění efektivity stávajících ošetrovatelských postupů při péči o pacienta s deliriem. Lze konstatovat, že stávající ošetrovatelské postupy jsou efektivní. Z šetření vyplývá, že je vhodné se zaměřit na rizikové faktory a dbát na prevenci vzniku a správné zjištění rizikových faktorů. Delirium je komplikací s vážnými následky, které mohou postihnout pacienty v jakémkoli věku a v jakémkoli zdravotním stavu. Přestože je to tak závažné onemocnění, často zůstává nepozorováno nebo je nesprávně diagnostikováno. Jedním z klíčových zjištění je, že povědomí o deliriu mezi zdravotníky není dostatečné, což vede k nedostatečnému pochopení tohoto stavu a nedostatečné péči. Často je delirium považováno pouze za hyperaktivní formu, zatímco klidnější formy mohou být přehlíženy. Proto je nezbytné zlepšit informovanost zdravotnického personálu a zdůraznit důležitost správného a včasného rozpoznání deliria. K dispozici jsou opatření, která mohou pomoci pacientům trpícím touto komplikací. Řadí se mezi ně například podpora orientace pacienta v čase a prostoru, minimalizace užívání léků s negativním vlivem na centrální nervový systém, poskytování příjemného a klidného prostředí, podpora spánku a aktivace pacienta. Důležitým bodem je také zavedení systematických ošetrovatelských opatření k podpoře delirantních pacientů. To zahrnuje důkladnou komunikaci, poskytování emocionální podpory, minimalizaci stresujících situací a vytvoření bezpečného a příjemného prostředí. Celkově je třeba zdůraznit, že prevence a péče o pacienty s deliriem jsou důležité součásti praxe zdravotnických profesionálů. Je nezbytné, aby byli lékaři, sestry a další zdravotničtí pracovníci dostatečně vyškoleni a informováni o tomto stavu, aby mohli pacientům poskytnout adekvátní a účinnou péči. Myslet na možnost deliria a včasné diagnostikování jsou klíčové prvky úspěšného přístupu k péči o tyto pacienty.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

FORD, Andrew. H, 2016. *Preventing delirium in dementia: Managing risk factors* [online]. 35-40 [cit. 2024-05-02]. Dostupné z: [https://www.maturitas.org/article/S0378-5122\(16\)30161-X/fulltext](https://www.maturitas.org/article/S0378-5122(16)30161-X/fulltext)

FAEDR, Morgan et al, 2023. *Preventing and treating delirium in clinical settings for older adults* [online]. 8-13 [cit. 2024-05-02]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10493062/>

FUCHS, Simon et al, 2020. *Delirium in elderly patients: Prospective prevalence across hospital services* [online]. 19-25 [cit. 2024-05-02]. Dostupné z: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0163834320301237?via%3Dihub>

KUDLOVÁ, Pavla, 2016. *Ošetrovatelský proces a jeho dokumentace*. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. ISBN 978-80-7454-600-6.

RAMÍREZ ECHEVERRÍA, María de Lourdes, Caroline SCHOO and Manju PAUL, 2022. *Delirium* [online]. [cit. 2024-05-02]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470399/>

DE BIASI Johanna, Eva REININGHAUS and Daniela SCHOBERER, 2022. *Delirium superimposed on dementia* [online]. 587-592 [cit. 2024-05-02]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10589128/>

ALI Mohammed, Mario CASCELLA, 2022. *ICU Delirium* [online]. [cit. 2024-05-02]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK559280/>

NYDAHL Peter, E Wesley ELY and Gabriel HERAS-LA CALLE, 2024. *Humanizing delirium care* [online]. 469-471 [cit. 2024-05-02]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10954974/>

KINALSKI Sandra da Silva et al, 2023. *Nursing microtheory in the prevention of delirium in older adult in the intensive care unit* [online]. [cit. 2024-05-02]. Dostupné z: <https://www.semanticscholar.org/paper/Nursing-microtheory-in-the-prevention-of-delirium-Kinalski-Beuter/7e60ea1611805016aed1d07eb2425ab26002b418>

MEI Xi, Yue-Hong LIU and Ya-Qing HAN, 2023. *Risk factors, preventive interventions, overlapping symptoms, and clinical measures of delirium in elderly patients* [online]. 973-

984 [cit. 2024-05-02]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10768493/>

HUANG Su-Fei, Bow-Yin WANG and Jung-Yu LIAO, 2023. *Experiences of person-centered care for sundown syndrome among nurses and nurse aides in dementia special care units: a qualitative study* [online]. 435 [cit. 2024-05-02]. Dostupné z: <https://bmcnurs.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12912-023-01598-x>

KHAN Isra, Moien AB KHAN, 2022. *Sensory and perceptual Alterations* [online]. [cit. 2024-05-02]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK563136/>

TRACHTOVÁ, Eva, 2018. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 978-80-7013--590-7.

KUTNOHORSKÁ, Jana, 2009. *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha: Grada Publishing. Sestra (Grada). ISBN 9788024727134.

KALVACH, Zdeněk, 2008. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. Praha: Grada Publishing s.r.o., ISBN 978-80-247-2490-4.

HOSÁK, Ladislav; HRDLIČKA, Michal a LIBIGER, Jan, 2015. *Psychiatrie a pedopsychiatrie*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum, 2015. ISBN 9788024629988.

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

SEIFERTO VÁ, Dagmar, Ján PRAŠKO a Cyril HÖSCHL, 2008. *Postupy v léčbě psychických poruch: algoritmy České neuropsychofarmakologické společnosti*. 2., rev. vyd. Praha: Academia Medica Pragensis v nakl. Medical Tribune CZ. ISBN 978-80-87135-10-5.

RABOCH, Jiří et al., 2010. *Psychiatrie: doporučené postupy psychiatrické péče III*. V Tribunu EU vyd. 2. Brno: Tribun EU. Knihovnicka.cz. ISBN 978-807-3999-841.

TÓTHOVÁ, Valerie, 2014. *Ošetrovatelský proces a jeho realizace*. Praha: Triton. ISBN: 987-80-7387-785-9

MAREČKOVÁ, Jana a JAROŠOVÁ, Darja, 2005. *NANDA domény v posouzení a diagnostické fázi ošetrovatelského procesu*. Ostrava: Ostravská univerzita. ISBN 80-7368-030-0.

BUŽGOVÁ, Radka a Ivona PLEVOVÁ, 2011. *Ošetrovatelství I*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3557-3.

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

KAPOUNOVÁ, G. *Ošetřovatelství v intenzivní péči*. 2. vyd. Praha: Grada, 2020. 388 s. ISBN 978-80-271-0130-6.

LÁTALOVÁ, K. *Agresivita v psychiatrii*. Praha: Grada, 2013. 240 s. ISBN 978-80-247-4454-4.

MARKOVÁ, E. a T. PETR. *Ošetřovatelství v psychiatrii*. Praha: Grada, 2014. 296 s. ISBN 978-80-247-4236-6.

ROBNETT, R. H., N. BROSSOIE a W.C. CHOP, *Gerontology for health care professional*. Burlington: Jones & Bartlett Learning, 2015. 475 s. ISBN 978-12-841-4056-9.

HENDL, J. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-736-7178-303-X.

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

OA Osobní anamnéza

FA Farmakologická anamnéza

AA Alergologická anamnéza

PA Pracovní anamnéza

SA Sociální anamnéza

GA Gynekologická anamnéza

OnA Onkologická anamnéza

EA epidemiologická anamnéza

CAM-ICU The Confussion Assesment Method for the Intensive Care Unit

ICDSC Intensive Care delirium screening checklist

RASS The Richmond Agitation and Sedation Scale

GCS Glasgow Coma Scale

HELP The Hospital Elder Life Program

RZP Rychlá zdravotnická pomoc

RTG rentgenové vyšetření

eGF glomerulární filtrace

ALP alkalická fosfatáza

ALT aminotransferáza

AST aspartátaminotransferáza

GGT gama-glutamyltransferáza

CRP c-reaktivní protein

HCT hematokrit

HGB hemoglobin

MCV střední objem erytrocytu

MCH střední množství hemoglobinu v erytrocytu

MCHC střední koncentrace hemoglobinu v erythrocytech

PLT trombocyty

RBC červené krvinky

WBC bílé krvinky

APTT aktivovaný parciální tromboplastinový čas

APTT(R) APTT ratio

PT(INR) protrombinový čas, mezinárodní normalizovaný poměr

NANDA International North American Association for Nursing Diagnosis International

BMI Body Mass Index

KG kilogram

CM centimetr

PMK permanentní močový katétr

VAS vizuální analogová škála

BT bilance tekutin

TK tlak krve

TT tělesná teplota

R rozhovor

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Biochemické vyšetření krve	31
Tabulka 2 Hematologické vyšetření krve – Krevní obraz	32
Tabulka 3 Koagulační vyšetření krve	32
Tabulka 4 Chemické vyšetření moči	33

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha P I: Žádost o umožnění výzkumného šetření


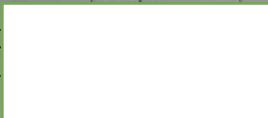
Příloha P I: Žádost o umožnění přístupu k informacím

PŘÍLOHA P II: ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií


ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ



Obracíme se na Vás s žádostí o umožnění výzkumného šetření na Vašem pracovišti, které bude níže uvedená studentka realizovat v rámci zpracování bakalářské práce, jejíž součástí je i výzkumná část. Jedná se o studenta 3. ročníku bakalářského studijního programu Všeobecné ošetřovatelství (prezenční – kombinovaná forma studia).

Jméno a příjmení studentky	Sabina Valová		
Téma bakalářské práce	Ošetrovatelská péče o pacienta s deliriem		
Vedoucí bakalářské práce	Mgr. Andrea Hoffmannová		
			
Metoda výzkumu	Případová studie		
Skupina respondentů	PARTICIPANT		
Pracoviště	Vyjádření vedoucího pracoviště (něhodící se škrtněte)	Podpis	
CHIRURGIE C	Souhlasím	Nesouhlasím	
	Souhlasím	Nesouhlasím	
	Souhlasím	Nesouhlasím	

Děkujeme za pochopení a spolupráci.

Ve Zlíně dne 6.5.2024.....


ředitelka Ústavu zdravotnických věd


 818 110 razítko a podpis zástupce zařízení

PŘÍLOHA P II: ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ PŘÍSTUPU K INFORMACÍM

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

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 Všeobecné ošetrovatelství (prezenční – kombinovaná forma studia).

Jméno a příjmení studenta	Sabina Valová		
Téma bakalářské práce	Ošetrovatelská péče o pacienta s deliriem		
Vedoucí bakalářské práce	Mgr. Andrea Hoffmannová		
Skupina respondentů	PARTICIPANT		
Pracoviště	Vyjádření vrchní sestry / vedoucího pracoviště (nehodící se škrtněte)	Podpis	
CHIRURGIE C	Souhlasím <input checked="" type="checkbox"/> Nesouhlasím <input type="checkbox"/>		
	Souhlasím <input type="checkbox"/> Nesouhlasím <input checked="" type="checkbox"/>		

Děkujeme za pochopení a spolupráci.

Ve Zlíně dne 25. 06. 2024

ředitelka Ustavu zdravotnických věd

ředitelka a podpis zastupce zařízení

