

Vysoká škola zdravotnická, o.p.s.

Praha 5

**DELIRANTNÍ STAVY VE STÁŘÍ JAKO
OŠETŘOVATELSKÝ PROBLÉM**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

ALENA KRÁČALOVÁ

Praha 2013

VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o.p.s., PRAHA 5

**DELIRANTNÍ STAVY VE STÁŘÍ JAKO
OŠETŘOVATELSKÝ PROBLÉM**

Bakalářská práce

ALENA KRÁČALOVÁ, DiS.

Stupeň kvalifikace: bakalář

Komise pro studijní obor: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: Mgr. Jana Kočí

Praha 2013



VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o.p.s.
se sídlem v Praze 5, Duškova 7, PSČ 150 00

Kráčalová Alena
3. VSV

Schválení tématu bakalářské práce

Na základě Vaší žádosti ze dne 21. 9. 2012 Vám oznamuji
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Delirantní stavy ve stáří jako ošetrovatelský problém

Delirious States at the Elderly as Nursing Problem

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Jana Kočí

Konzultant bakalářské práce: PhDr. Dušan Sysel, PhD., MPH.

V Praze dne: 1. 10. 2012


prof. MUDr. Zdeněk Seidl, CSc.
rektor

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité zdroje literatury jsem uvedla v seznamu použité literatury.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze 31. 05. 2013

.....
Alena Kráčalová, DiS.

ABSTRAKT

KRÁČALOVÁ, Alena. *Delirantní stavy ve stáří jako ošetrovatelský problém*. Vysoká škola zdravotnická, o.p.s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: Mgr. Jana Kočí. Praha. 2013. 65 s.

Bakalářská práce s názvem „Delirantní stavy ve stáří jako ošetrovatelský problém“, se zabývá problematikou delirií u seniorů ve vztahu k ošetrovatelské péči. Výzkumný vzorek kvantitativního dotazníkového šetření tvoří všeobecné sestry. Cílem práce bylo zjistit, na jaké úrovni jsou teoretické znalosti všeobecných sester týkající se problematiky delirantních stavů u seniorů hospitalizovaných ve zdravotnických zařízeních. V teoretické části práce je objasněn psychosyndrom deliria a úloha sestry v péči o delirující seniory. V praktické části jsou vyhodnoceny výsledky dotazníkového šetření sester pracujících v Krajské nemocnici Tomáše Bati a.s. ve Zlíně. Pro většinu všeobecných sester je styk se seniory téměř každodenní součástí jejich práce, neboť populace stárne. Zastoupení seniorů mezi pacienty neustále vzrůstá a riziko výskytu delirantních stavů se zvyšuje, proto je velmi důležité této problematice věnovat nemalou pozornost. Součástí práce je i edukační brožura pro všeobecné sestry s názvem „*Senior a delirium*“.

Klíčová slova

Delirium. Ošetrovatelství. Stáří. Geriatrie. Zmatenost.

ABSTRACT

KRÁČALOVÁ, Alena. *Delirious States at the Elderly as Nursing Problem*. College of Health, o.p.s. Degree of Qualification: Bachelor (BA). Supervisor: Mgr. Jana Kočí. Prague. 2013. 65 p.

Bachelor thesis under name of „*Delirious States at the Elderly as Nursing Problem*”, is dealing with the issue of delirium in senior population with relation to nursing care. The research sample consists of a quantitative survey of nurses. The aim of the study was to determine at what level the theoretical knowledge of nurses regarding the issue of delirium in elderly patients hospitalized in medical facilities is. In the theoretical part is revealed the psycho syndrome of delirium itself and the role of a nurse taking care of delirious senior patients. The practical part analyzes the results of a survey of nurses working in Krajská nemocnice Tomáše Bati a.s. in Zlin. For the majority of nurses is contact with the elderly almost daily part of their work, as the population ages. Representation of the elderly patients is constantly increasing and so does the risk of delirium, so it is very important that this issue is given considerable attention. The part of the thesis is also educational booklet for nurses called “*Senior and delirium*”.

Key words

Delirium. Nursing. Old-Age. Geriatrics. Confusion.

PŘEDMLUVA

Delirantní stav je nejčastější neuropsychiatrická komplikace u hospitalizovaných osob vyššího věku. Může postihnout všechny pacienty starší 65 let.

Výběr tématu bakalářské práce byl ovlivněn mým zaměstnáním na traumatologickém oddělení v nemocnici ve Zlíně, kde se senioři s tímto závažným zdravotním problémem vyskytují dnes a denně. Podklady k teoretické části jsem čerpala jak z odborných knih, tak i z odborných časopisů a webových stránek. V průzkumné části jsme využili metodu dotazníkového šetření.

Práce je určena všem všeobecným sestřám, které pracují se seniory, a to nejen v nemocnicích, ale i v domovech pro seniory a v hospicích, a je tak velmi pravděpodobné, že se během své praxe se seniorem v delirantním stavu setkají.

Touto cestou vyslovuji poděkování vedoucí bakalářské práce Mgr. Janě Kočí za cenné odborné rady a připomínky, které mi poskytla při vypracovávání této práce. Dále také děkuji všem pracovním Lékařské knihovny při Krajské nemocnici Tomáše Bati ve Zlíně za poskytnutí kvalitních rešerší.

OBSAH

SEZNAM TABULEK	
SEZNAM GRAFŮ	
SEZNAM ZKRATEK	
SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ	
ÚVOD	15
TEORETICKÁ ČÁST	16
1 KŘEHKÝ SENIOR.....	16
2 DELIRIUM	18
2.1 Definice deliria	18
2.2 Výskyt delirantních stavů	19
2.3 Patologie deliria.....	20
2.4 Etiologie deliria	20
2.5 Identifikace rizikových faktorů deliria	21
2.6 Klinický obraz a klasifikace deliria	22
2.6.1 Klinický obraz delirií	22
2.6.2 Klasifikace delirií.....	23
2.7 Diagnostika deliria.....	24
2.7.1 MMSE (Mini Mental State Examination)	25
2.8 Léčba deliria	26
2.8.1 Nefarmakologická léčba	26
2.8.2 Farmakologická léčba	27
3 SPECIFICKÁ PÉČE O SENIORA S DELIRIEM.....	29
3.1 Specifika ošetrovatelské péče.....	29
3.2 Komunikace.....	29
PRAKTICKÁ ČÁST	31
4 EMPIRICKÝ PRŮZKUM	31
4.1 Průzkumný problém	31
4.1.1 Průzkumné cíle	31
4.1.2 Průzkumné hypotézy.....	31
4.2 Metodika průzkumu.....	32

4.3 Průzkumný soubor.....	32
4.4 Technika dotazníku	32
5 ANALÝZA VÝSLEDKŮ PRŮZKUMU	34
6 INTERPERETACE VÝSLEDKŮ	56
7 DISKUZE VÝSLEDKŮ	58
7.1 Doporučení pro praxi.....	60
ZÁVĚR	61
SEZNAM LITERATURY A PRAMENŮ.....	62
SEZNAM PŘÍLOH.....	65

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 – Prvotní příznak deliria	34
Tabulka 2 – Nejvyšší dosažené vzdělání	35
Tabulka 3 – Délka praxe ve zdravotnictví	36
Tabulka 4 – Znalost pojmu křehký senior	37
Tabulka 5 – Kontakt se seniorem v delirantním stavu	38
Tabulka 6 – První kontakt se seniorem v delirantním stavu	39
Tabulka 7 – Definice slova „DELIRIUM“	40
Tabulka 8 – Nejčastější příčiny vedoucí k delirantnímu stavu u seniora	41
Tabulka 9 – Typické příznaky delirantního stavu	43
Tabulka 10 – Prvotní příznak u deliria	44
Tabulka 11 – Důležitost vedení bilance tekutin u seniorů	45
Tabulka 12 – Prvotní činnost u seniora v delirantním stavu	46
Tabulka 13 – Dostatečná péče seniorům v delirantním stavu	48
Tabulka 14 – Bezpečnostní pomůcky u neklidného nemocného	49
Tabulka 15 – Vhodné léky k tlumení seniora v delirantním stavu	50
Tabulka 16 – Styk s postupy, jak správně pečovat o seniory	51
Tabulka 17 – Delirium: závažný ošetrovatelský problém ve stáří	52
Tabulka 18 – Uvědomění lékařů o závažnosti delirantních stavů u seniorů	53
Tabulka 19 – Psychická zátěž u seniorů v nemocničním zařízení	54
Tabulka 20 – Možnost získání informací o problematice delirantních stavů	55

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1 – Prvotní příznak deliria	34
Graf 2 – Nejvyšší dosažené vzdělání	35
Graf 3 – Délka praxe ve zdravotnictví	36
Graf 4 – Znalost pojmu křehký senior	37
Graf 5 – Kontakt se seniorem v delirantním stavu	38
Graf 6 – První kontakt se seniorem v delirantním stavu	39
Graf 7 – Definice slova „DELIRIUM“	40
Graf 8 – Nejčastější příčiny vedoucí k delirantnímu stavu u seniora	41
Graf 9 – Typické příznaky delirantního stavu	43
Graf 10 – Prvotní příznak u deliria	44
Graf 11 – Důležitost vedení bilance tekutin u seniorů	45
Graf 12 – Prvotní činnost u seniora v delirantním stavu	46
Graf 13 – Dostatečná péče seniorům v delirantním stavu	48
Graf 14 – Bezpečnostní pomůcky u neklidného nemocného	49
Graf 15 – Vhodné léky k tlumení seniora v delirantním stavu	50
Graf 16 – Styk s postupy, jak správně pečovat o seniory	51
Graf 17 – Delirium: závažný ošetrovatelský problém ve stáří	52
Graf 18 – Uvědomění lékařů o závažnosti delirantních stavů u seniorů	53
Graf 19 – Psychická zátěž u seniorů v nemocničním zařízení	54
Graf 20 – Možnost získání informací o problematice delirantních stavů	55

SEZNAM ZKRATEK

CAM	Confusion Assesment Method
CNS	centrální nervová soustava
CT	Computed Tomography [počítačová tomografie]
DSM	Diagnostický a statistický manuál mentálních poruch
JIP	jednotka intenzivní péče
MKN	Mezinárodní klasifikace nemocí
MMSE	Mini Mental State Examination
MR	magnetická resonance

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

Alimentace	výživa, strava
Anémie	chudokrevnost
Anestezie	znecitlivění pomocí anestetik
Anticholinergní	účinkující proti acetylcholinu
Autoagrese	jednání, kterým jedinec poškozuje sám sebe
Capgrasův syndrom	člověk věří, že blízkého člověka nahradil dvojník
CAVE (lat.)	pozor
Dehydratace	snížení objemu tělesné vody
Dysbalance	stav nevyváženosti
Dysrytmie	porucha pravidelné činnosti některého orgánu, pohybu nebo mluveného projevu
Homeostáza	stálost vnitřního prostředí
Hyperkalcemie	zvýšení hladiny vápníku (kalcia) v krvi
Hypokinéza	snížená hybnost
Hypoventilace	mělké, povrchní a zpomalené dýchání
Hypoxémie	snížení obsahu kyslíku v arteriální krvi
Hypoxie	snížený obsah kyslíku ve tkáních
Imobilizace	krátkodobé nebo dlouhodobé znehybnění
Incidence	počet nově vzniklých případů dané nemoci ve vybrané populaci za určité časové období
Indikovat	určit léčebný postup či zákrok
Integrační	sjednocující
Intravenózní	podání léku do žíly
Irelevantní	nemající rozhodující význam, bezvýznamný, nezávažný, vedlejší, bezpodstatný
Kognitivní funkce	teorie zaměřená na zpracování informací, získávání obecných poznatků a procesů chápání
Komoce	otřes, pohnutí
Komorbidity	současný výskyt více nemocí
Kontuze	zhmoždění, pohmoždění

Malnutricie	špatná výživa, podvýživa, zejména ve smyslu špatného složení potravy
Metaanalýza	statistická analýza většího počtu srovnatelných studií a odborných sdělení a dat, za účelem jejich integrace a posouzení jejich efektivity
Misinterpretace	nesprávné vysvětlení, vyvození chybných závěrů z výsledků průzkumů a výzkumů, z aplikace kasuistických diagnostických metod
Multikauzální	mající více příčin
Parenterální	mimostřevní, jiná než perorální aplikace
Perfuze	průtok tekutiny určitým prostředím
Polymorbidita	přítomnost více chorob současně
Polypragmazie	podávání mnoha léků současně
Predikce	odhad budoucích hodnot skutečného průběhu
Predispozice	vrozená nebo získaná náchylnost, sklon
Prognóza	předpověď, odhad dalšího vývoje
Syndrom	soubor, skupina příznaků charakterizujících chorobný stav
Uremie	hromadění dusíkatých látek v organismu způsobené nedostatečnou funkcí ledvin
Vigilita	bdění, bdělost

„Stáří má mnoho předností. Marně se však snažím si na některou vzpomenout“.

William Somerset Maugham

ÚVOD

Bakalářská práce je zaměřena na delirantní stavy ve stáří jako ošetrovatelský problém, což je v době, kdy nezastavitelně dochází k postupnému stárnutí populace, nejen aktuální, ale i nadčasový problém.

Cílem práce je poukázat zejména na to, jak důležitou součástí práce všeobecné sestry je ošetrovatelská péče o gerontologické pacienty v delirantním stavu.

Praktickou část tvoří průzkum, který je zaměřen na sestry z vybraných oddělení Krajské nemocnice Tomáše Bati a.s. ve Zlíně a má za úkol zjistit teoretické znalosti sester týkající se problematiky delirujících seniorů během hospitalizace. Metoda průzkumu probíhala formou anonymních dotazníků. Součástí praktické části je i edukační brožura pro sestry s názvem „*Senior a delirium*“.

V současné době se problematice péče o hospitalizované seniory v delirantním stavu nevěnuje dostatečná pozornost a sestrám často chybí dostatečné teoretické znalosti tohoto tématu. Vzhledem k neustálému nárůstu počtu pacientů s tímto závažným onemocněním se může časem jednat o značný problém.

TEORETICKÁ ČÁST

1 KŘEHKÝ SENIOR

Pojem křehký senior (frailty) se objevuje stále častěji. Různé odborné prameny uvádějí, že u seniorů starších více 65 let se tento syndrom nebo některé jeho komponenty vyskytují v 5 až 25 %. Syndrom křehkosti zahrnuje jednak úbytek svalové hmoty a následně i úbytek svalové síly, s tím souvisí snadná unavitelnost, slabost, hypokinéza, zpomalená a mnohdy nejistá chůze, zhoršená stabilita a v důsledku toho zvýšené riziko pádů. Lidé trpící křehkostí stáří mají zpravidla sníženou chuť jít, ztrácejí tělesnou hmotnost a častěji než ostatní senioři stejného věku trpí depresí a zhoršením kognitivních funkcí. Lidé trpící syndromem křehkosti stáří umírají dříve (HERMANOVÁ, 2008).

Stařecká křehkost představuje rizikovost, která je dána již samotnými fyziologickými změnami funkce jednotlivých orgánů ve stáří a dále následnou dekondukcí. Snížení svalové síly, pevnost kostí, kloubní pohyblivosti, výkonnosti ostatních orgánů (např. kardiovaskulárního aparátu), funkce CNS, ohrožuje jedince zhoršením soběstačnosti, poruchou pohybové koordinace, pády, zlomeninami, poruchou homeostázy, celkovým zhoršením zdravotního stavu. Míra stařecké křehkosti závisí na genetické predispozici, prevenci, pohybové aktivitě a psychické zdatnosti. (HERMANOVÁ, 2008). Takový senior je velmi často ohrožen i psychickými komplikacemi. Ty mohou nastat při jakémkoliv negativní životní změně. Může se jednat například o úmrtí rodinného příslušníka či blízkého přítele, nečekané diagnostikování závažné choroby, hospitalizaci, ale také o "pouhou" změnu bydliště. Tito senioři mají velmi nízké kompenzační mechanismy a jejich schopnost adaptace vůči jakýmkoliv změnám je rovněž na nižší úrovni. Při jejich hospitalizaci tak vzniká potřeba věnovat těmto seniorům zvýšenou pozornost. Z tohoto faktu vyplývá, že pacienti spadající do skupiny křehkých seniorů, tak celkově mnohem více zatěžují zdravotnický personál.

Geriatrická křehkost je dána přítomností alespoň tří z pěti základních znaků:

- subjektivně vnímová únava, vyčerpanost;
- svalová slabost, nízká hodnota síly stisku ruky, rozechvělý hlas;
- pomalá chůze;
- nízká úroveň pohybové aktivity;
- nechtěný úbytek tělesné hmotnosti o minimálně 4,5 kg za rok (KALVACH, 2008).

2 DELIRIUM

Delirium – akutní mozkový syndrom, akutní stav zmatenosti – patří k nejčastějším neuropsychickým poruchám u akutně hospitalizovaných seniorů. Delirium zvyšuje celkovou mortalitu, ohrožuje pacienta trvalou ztrátou soběstačnosti, úrazem, prodlužuje délku jeho hospitalizace. V praxi tento syndrom bývá diagnostikován v nedostatečné míře (TOPINKOVÁ, 2005).

Pojem delirium pochází z latinského delirare – blouznit. První informace o tomto syndromu se objevily již z dob Hippokrata. Poprvé popsal delirium tremens v roce 1813 Sutton. V nedávné době se užíval pro méně nápadnou kvalitativní poruchu vědomí pojem amence, amentní stav. Tento pojem se už příliš nepoužívá, podle Konráda je vhodné tento stav označovat jako hypoaktivní delirium. Autor dále upozorňuje, že adjektivem je tvar „deliriózní, nikoliv delirantní“. Nicméně ve zdrojové literatuře tento tvar adjektiva vyskytuje pouze ojediněle (KONRÁD, 2006).

2.1 Definice deliria

Delirium (delirantní stav) je charakterizováno jako komplexní psychická porucha, a její trvání je zpravidla kratší. Od demence se liší rychlým nástupem a proměnlivostí kognitivních funkcí, kde se lucidní intervaly střídají s projevy kognitivní poruchy (zhoršenou pamětí, dezorganizovaným myšlením, dezorientací). Deliria jsou nespécifické reakce na různé příčinné faktory, velmi často na kombinaci různých faktorů, jejich etiologie a patogeneze jsou multikauzální. Někdy se nám nepodaří základní vyvolávající noxu zjistit, např. při polymorbiditě a polypragmazi, jindy je příčina zřejmá, např. alkoholové delirium tremens (KALVACH et al., 2008).

Ke zhodnocení deliria jsou používány tyto klasifikace:

MKN – 10 klasifikace (Mezinárodní klasifikace nemocí, která stanovuje kódy pro klasifikaci nemocí a celé řady příznaků, abnormálních nálezů, zdravotních obtíží, sociálních situací a příčin poranění a nemocí):

Delirium vyvolané návykovými látkami (F1X.3) nebo jejich odnětím (F1X.4) a delirium jiné než vyvolané alkoholem nebo jinými psychoaktivními látkami (F05).

Čtvrté kódovací číslo diferencuje:

- F05.0 delirium nenasedající na demenci,
- F05.1 delirium nasedající na demenci,
- F05.8 jiné delirium,
- F05.9 nespecifikované delirium (TOPINKOVÁ, 2010).

DSM – IV klasifikace (Diagnostický a statistický manuál mentálních poruch je mezinárodně používaná příručka pro klasifikaci a statistiku mentálních poruch):

- delirium při somatickém onemocnění,
- delirium při intoxikaci určité látky,
- delirium v rámci odvykacího stavu,
- delirium se smíšenou etiologií (TOPINKOVÁ, 2010).

2.2 Výskyt delirantních stavů

S delirantními stavy ve stáří se setkávají především lékaři akutních oddělení nemocnic, a to již při přijetí, kde jsou příznaky deliria přítomny u 15 - 30 % přijímaných pacientů starších 65 let. V systematickém přehledu 42 publikovaných studií se incidence deliria během hospitalizace pohybovala v rozmezí 11 - 42 %. Vysoký výskyt deliria (60 %) je na jednotkách intenzivní péče, u pacientů po chirurgických výkonech, především po rozsáhlých nitrohručních, nitrobřišních a ortopedických operacích a u polytraumat (40 - 60 %). U malých chirurgických výkonů (např. operace katarakty) nepřesahuje výskyt 5 %. Incidence výrazně stoupá s věkem nemocných, se závažností klinického stavu (APPACHE skóre) a se závažností kognitivní poruchy. Delirium je však časté i u seniorů na interních odděleních a na odděleních onkologických, geriatrických a odděleních následné péče. V běžné populaci starších

osob v komunitě je prevalence 1 - 3 %. Rizikovou populací jsou pacienti s demencí, u nichž se delirium objevuje v závažnějších fázích onemocnění u 20 - 40 %. Podobně u terminálně nemocných lze delirium diagnostikovat až v 80 % (ŠIMEK et al., 2007).

2.3 Patologie deliria

Patofyziologické mechanismy deliria nejsou dosud plně prozkoumány. Delirium představuje globální reakci mozku na nesespecifické podněty, které přesahují jeho adaptační schopnosti. Topograficky jsou zapojeny korové i podkorové struktury mozku. V poruše vědomí hraje důležitou roli ascendentní retikulární aktivační systém CNS v mozkovém kmeni, který za normálních podmínek zajišťuje přehodnocování podnětů ze zevního prostředí přicházejících aferentními drahami a má integrační funkci a vigilitu. Konstantně lze nalézt mnohočetnou neuromediátorovou poruchu, především přechodný deficit acetylcholinu. Uplatňuje se i dysbalance hladin dopaminu, serotoninu, kyseliny gama-aminomáselné a dalších látek ze skupin cytosinů, excitačních aminokyselin, beta-endorfinů atd. předpokládá se i porucha permeability neuronální membrány při dysbalanci elektrolytů nebo hypoxémii (TOPINKOVÁ, 2010).

2.4 Etiologie deliria

Ke vzniku deliria musí být přítomna jak somatická příčina, tak tzv. vyvolávající faktory, spouštěče delirií.

K nim náleží například:

- **dehydratace a metabolické změny** – hypoglykemie, hyperglykemie, hypernatremie, hyponatremie, hyperkalcemie a jiné iontové dysbalance, uremie, jaterní selhání,
- **hypoperfuze a hypoxie mozku** – srdeční selhání, dysrytmie, bronchopulmonální onemocnění s hypoxemií, těžké anémie,
- **horečnatá a zánětlivá onemocnění** – často nenápadná, přehlédnutá či podceněná, např. zánět močových cest,

- **alkohol a další zneužívané léky** – někdy vzniká delirium jako abstinenční syndrom po jejich náhlém vynechání,
- **nežádoucí účinky léků** – nevhodná farmaka, např. centrálně působící anticholinergika, či náhlé vysazení návykových látek, např. benzodiazepinů, riziko zvyšující kombinace léků v rámci polypragmatie,
- **průjmy a zvracení** – kombinace dehydratace, iontových změn, popř. zánětlivé reakce,
- **operace a celková anestezie** – pooperační deliria patří k typickým geriatrickým problémům, uplatňuje se kombinace faktorů – stres, bolest, imobilizace, vliv anestetik, anodyn a dalších léků, zánět, popř. krevní ztráty, změny vnitřního prostředí, pooperační hypoventilace,
- **imobilizace na lůžku** – rizikové jsou např. pobyty na JIP s imobilizujícím monitorováním, zvláště rizikové je mechanické omezování, např. kurtování,
- **senzorické deficity** – těžší smyslová postižení, tma, senzorická deprivace,
- **psychosociální stres** – přesazení pacienta do neznámého prostředí, odloučení od blízké osoby, jazyková bariéra, pohybové omezení,
- **bolest** (KALVACH et al., 2008).

Deliria velmi často nasedají na demence, i když sami o sobě součástí syndromu demence nejsou. Proto také v klasifikaci rozlišujeme deliria nasedající na demenci a deliria bez přítomnosti demence. U některých demencí je výskyt deliria častý, především u demencí s Lewyho tělísky. Přesto i u delirií nasedajících na demenci musíme vždy myslet na vyvolávající faktory, na zhoršení somatického stavu nebo vliv nevhodné medikace (KALVACH et al., 2008).

2.5 Identifikace rizikových faktorů deliria

Znalost rizikových faktorů deliria umožňuje vyhledávat nemocné s vysokým rizikem výskytu deliria, a to již v době přijetí do nemocnice. U těchto pacientů lze cíleně uplatnit intervenční postupy, které mohou jednak primárně snížit výskyt, tak i sekundárně zmírnit závažnost delirantního stavu. Metaanalýza výsledků více než sta klinických studií identifikovala jako nezávislé rizikové faktory:

- pokročilý věk a to zejména nad 80 let – četnost výskytu delirií roste s věkem, který je jeden z hlavních rizikových faktorů,
- demence a mírná kognitivní porucha,
- porucha vnitřního prostředí,
- akutní infekce,
- malnutricie,
- permanentní katétr,
- somatická multimorbidita a polypragmazie,
- nesoběstačnost,
- aktuální psychosociální stres – deprese,
- těžší sensorické poruchy (nekorigovaná porucha zraku),
- výskyt delirií v anamnéze,
- fenotyp geriatrické křehkosti,
- aj. (TOPINKOVÁ, 2010).

Je důležité usilovat o důslednou léčbu a prevenci vyvolávajících poruch, spouštěčů delirií, a o úpravu celkového stavu. Jde o správnou hydrataci a alimentaci, úpravu vnitřního prostředí, zaléčení zánětu, ale také o vysazení nevhodných léků (JIRÁK et al., 2013).

2.6 Klinický obraz a klasifikace deliria

2.6.1 Klinický obraz delirií

Klinický obraz delirií je značně různorodý. Je přítomna kvalitativní porucha vědomí různého stupně, která může v průběhu deliria kolísat. Rovněž se objevují poruchy kognitivních funkcí. Pacienti si obvykle pamatují jen krátké úseky událostí a vybavují si určité ostrůvky, které mohou být zkreslené. V průběhu delirií je různý stupeň dezorientace převážně místem a časem, někdy se však může objevit i dezorientace osobou. Poruchy pozornosti jsou pravidelné, pacienti většinou nejsou schopni soustředit se delší dobu na jeden objekt. Rovněž se vyskytují problémy s naplánováním či vykonáním jednoduché aktivity. U hyperaktivních delirií se objevují především poruchy vnímání typu halucinací, respektive iluzí. U delirujících pacientů se mohou objevovat bludy, nejčastěji paranoidního obsahu. Významné jsou také poruchy emotivity. Obvykle převládá úzkost, někdy se vyskytuje až depresivní nálada. Mohou

však nastat i projevy agresivity, včetně brachiální agrese vůči okolí. Jindy se objevuje emoční útlum s neadekvátními aktivitami jako je stereotypní provádění určitých úkonů (kutivost), které může být spojeno a ničením předmětů. Chování delirujících pacientů může být nenápadné, přesto však bývá někdy velmi rušivé a zneklidňující pro okolí. Hospitalizovaný delirující pacient většinou bloudí po oddělení, bere cizí věci, vytahuje si žilní kanylu nebo močový katétr. U delirií se také mohou vyskytnout poruchy chůze a především nebezpečné pády včetně pádů z lůžka, navíc mnohdy z větší výšky při překonávání postranice jako zábrany (KALVACH et al., 2008).

2.6.2 *Klasifikace delirií*

Dle převládajícího klinického obrazu můžeme deliria dělit do čtyř subtypů:

- **Hyperaktivní forma deliria** – převažuje zrychlené psychomotorické tempo a zvýšená aktivita. Časté bývají psychotické příznaky – poruchy vnímání, produkce bludů, mnohdy projevy agrese a autoagrese (vytrhávání kanyl a katétrů, strhávání obrazů apod.). Etiologicky se často podílejí toxické faktory (alkohol, drogy, nevhodná medikace) včetně jejich náhlého vysazení (abstinenční deliria). Hyperaktivních forem deliria bývá okolo 15 %.
- **Hypoaktivní forma deliria** – nenápadná, u geriatrických pacientů častá a mnohdy přehlédnutá forma. Postižení bývají dezorientováni místem i časem, ale snaží se vyznat v situaci, někdy se objevuje letargie. Etiologicky se často uplatňují metabolické faktory, např. iontový rozvrat nebo uremie. Hypoaktivních forem deliria bývá okolo 20 %.
- **Smíšená forma deliria** – střídání hyperaktivních a hypoaktivních projevů a kolísání intenzity kvalitativní poruchy vědomí. Etiologicky se často uplatňuje multimorbidita a lékové polypragmatie. Smíšených forem bývá nejvíce, cca 65 %.
- **Subsyndromální forma deliria** – vyznačuje se neúplně vyjádřenými příznaky a bývá poměrně časté. U mladších osob má delirium krátké trvání a příznaky se mohou vrátit. Ve stáří mohou symptomy přetrvávat týdny i měsíce, v některých případech s již trvalou kognitivní poruchou (KALVACH et al., 2008).

2.7 Diagnostika deliria

Deliria se diagnostikují klinickým vyšetřením v kontextu celkového stavu pacienta. Základními klinickými znaky delirií jsou:

- snížená schopnost udržet pozornost vůči vnějším podnětům,
- rozvrat myšlení různého stupně, např. nedostatek souvislosti při mluvení, roztěkanost, irelevantní projevy,
- přítomnost alespoň dvou následujících projevů:
 - snížená úroveň vědomí,
 - pocitové poruchy jako halucinace, iluze a misinterpretace (Capgrasův syndrom),
 - poruchy cyklu spánku – bdění,
 - zvýšené nebo snížené psychomotorické tempo a aktivita,
 - dezorientace v čase, místě a/nebo osobě různého stupně,
 - porucha paměti různého stupně,
- rozvoj během krátkého času – hodiny až dny,
- tendence ke změnám během dne – deliria se vyskytují podstatně častěji v noci nebo po setmění, tzv. syndrom stmívání,
- důkaz specifického organického faktoru vyvolávajícího delirium nebo důvodný předpoklad takového faktoru,
- nepřítomnost onemocnění, které by vysvětlilo příznaky nemoci (KALVACH et al., 2008).

V diferenciální diagnostice delirantního stavu je při podezření na možnou nitrolební příčinu (trauma, zánět) nutno provést zobrazovací (CT, popř. MR), nebo vyšetření likvoru (KALVACH et al., 2008).

Pro rozpoznání deliria a zhodnocení stavu kognitivních funkcí se používají u opakovaně delirujících seniorů screeningové testy. V běžné praxi se však volí rychlá a spolehlivá metoda. Nejčastěji se k diagnostice deliria používá test CAM (Confusion Assesment Method) (Příloha A) (TOPINKOVÁ, 2010). Byl vyvinut pro zlepšení rozpoznání deliria na akutních odděleních nemocnic a v ošetrovatelských ústavech a primárně je určena pro zdravotní sestry. Považuje se za vhodný především

pro rozpoznání hyperaktivních forem deliria. Pacient se opakovaně vyšetřuje, aby se zjistilo, jaká je přítomnost deliria (TOPINKOVÁ, 2010). Provedení testu je rychlé, proveditelné od 5 minut maximálně do 10 minut. Hodnotí se zde 4 kategorie - náhlý vznik a kolísání stavu, porucha vědomí, pozornosti a myšlení. K dalším testům patří například kreslení hodin (Příloha B) (HOŠKOVÁ, 2011).

Ke zhodnocení kognitivních funkcí je používán test MMSE – Mini Mental State Examination (Příloha C). Tento test je nejpoužívanějším testem jak v diagnostice, tak i ve výzkumu a je považován pouze za orientační (HOŠKOVÁ, 2011).

2.7.1 MMSE (Mini Mental State Examination)

Test MMSE vznikl pro potřeby gerontopsychiatrické kliniky ve státě Massachusetts. V roce 1975 byl vyvinut a také poprvé publikován dr. Folsteinem. Jeho pacienti trpěli depresemi, demencí, deliriem nebo schizofrenií. Pro určení závažnosti stavu postižení kognitivních funkcí seniora potřeboval kvantitativní rozeznávací zkoušku, kterou by určil rozmezí od mírné po těžkou demenci a rovněž chtěl, aby bylo možné zdokumentovat průběh, případně zlepšení nebo zhoršení (HOŠKOVÁ, 2011).

Test zahrnuje celkově 10 subtestů (30 otázek), které hodnotí:

1. orientaci v čase a prostoru (den v týdnu, měsíc, město, stát aj.),
2. krátkodobou paměť (vštipivost) - zapamatování si tří slov (lopata, šátek, váza),
3. exekutivní funkce a početní schopnosti při sériovém odčítání (100 minus 7 rovná se 93 minus 7 rovná se 86 atd.),
4. vybavení si tří slov (lopata, šátek, váza),
5. řečovou expresi při pojmenovávání běžných předmětů (hodinky, tužka),
6. schopnost bezchybného zopakování věty,
7. schopnost vykonání třístupňového příkazu (uchopení, přeložení a položení papíru),
8. čtení a splnění psaného textu (zavřete oči),
9. psaní (libovolné celé věty),
10. konstrukčně praktické dovednosti – kreslení (dle předlohy prolínající se dva pětiúhelníky). Za každý správně provedený úkol je možné získat jeden bod.

Maximální dosažitelné skóre je tedy 30 bodů. Jednotlivé ukázky a úkoly zadává vyšetřující seniorovi podle jednotných instrukcí, obsažených ve formuláři. Předností MMSE je snadná administrace bez složitých pomůcek. Výhodou testu je i to, že jeho provedení nevyžaduje žádné speciální školení pro vyšetřovatele a může jej tedy provádět i nelékařský zdravotnický pracovník (HOŠKOVÁ, 2011).

Přestože úkoly jsou relativně nenáročné, test dobře odliší středně těžkou demenci od normálního stárnutí. Nedokáže však spolehlivě identifikovat osoby s mírnou kognitivní poruchou. Testy se provádí často v rámci prevence vzniku delirantního stavu u seniorů. Test by měl být proveden u každého seniora bez polymorbidity nad 75 let, s polymorbiditou nad 65 let a u každého seniora hospitalizovaného nad 65 let vždy na počátku hospitalizace a v jejím průběhu v pravidelných intervalech. Výchozí a průběžné znalosti kognitivní kondice seniora usnadní ošetřujícímu personálu identifikaci blížícího se delirantního stavu a urychlí indikaci nefarmakologické i farmakologické léčby. Léčba je tak cílená a časná (HOŠKOVÁ, 2011).

2.8 Léčba deliria

2.8.1 Nefarmakologická léčba

- Léčba vyvolávající příčiny a zajištění optimálních metabolických podmínek (dostatečná výživa, dostatečné zavodnění a okysličení organismu).
- Obecná podpůrná opatření – nekonfliktní přístup, přiměřená stimulace, pravidelný režim, neorientační techniky, zabránění poranění, zvýšený dohled. CAVE: kurtování a fyzické omezování prohlubuje delirium a zvyšuje riziko úrazu (TOPINKOVÁ, 2010).

Hlavní opatření snižující výskyt deliria a zkracující trvání již přítomného deliria:

- optimalizace funkce CNS (vnitřní prostředí, zevní podmínky),
- vysazení anticholinergně působících léků a dle možnosti i léků s účinkem na CNS,
- monitorování bolesti a její dostatečná léčba, minimum bolestivých intervencí

- dostatečný a kvalitní spánek, biorytmů spánek-bdění, přes den denní světlo a aktivita, v noci klid a tma (noční lampa),
- aktivní hydratace (snížení pocitu žízně ve stáří), sledování příjmu tekutin, parenterální doplnění,
- sledovat vyprazdňování (retence moči, stolice),
- optimalizace příjmu potravy a stavu výživy,
- zákaz používání fyzických omezení (kurtování, postranice u lůžka),
- včasná mobilizace, přiměřená fyzická aktivita,
- vhodná sensorická stimulace, kompenzace sensorických defektů (brýle, naslouchadlo, osvětlení, komunikace),
- emočně orientovaná péče (TOPINKOVÁ, 2010).

2.8.2 Farmakologická léčba

Farmakologická léčba deliria nenasedajícího na demenci

Delirium nenasedající na demenci (F05.0) má zpravidla kratší trvání a lepší prognózu než delirium nasedající na demenci, objevuje se často jako komplikace známého základního somatického onemocnění, v pooperačním období apod. Při symptomatické farmakoterapii deliria bychom měli odlišovat akutní léčbu a doléčování (JIRÁK et al., 2013).

Symptomatickou léčbu a formu aplikace léků akutní léčby volíme podle typu deliria:

1. **Hyperaktivní delirium** – je vhodnější parenterální aplikace. Vhodný je lék Haloperidol, který nemá v menších dávkách výraznější nežádoucí kardiovaskulární účinky. Při intravenozním podání větší dávky však může Haloperidol ohrozit pacienta arytmií. Nejzávažnějším a nejčastějším nežádoucím účinkem je možný rozvoj extrapyramidových příznaků. Nejrychlejší a nespolehlivější je intravenózní aplikace, méně rychlý je účinek při podání intramuskulárním. U klidnějších nemocných lze podat lék perorálně buď v tabletách, nebo ve formě kapek. Rozsah dávkování je široký, proto je třeba se přizpůsobovat stavu pacienta a léky podávat ve správných časových intervalech během dne (JIRÁK et al., 2013).

2. **Hypoaktivní a smíšené delirium** – k potlačení nočních delirií je vhodné použít Tiapridal v jednorázové dávce. Výhodou je možnost parenterálního podání. Dalším vhodným preparátem je Melperon. U nemocných s komorbiditou Parkinsonovy nemoci a s demencí Lewyho tělísky, u nichž může dojít ke zhoršení příznaků, by neměl být podáván Haloperidol. Zde je vhodnější použít antipsychotikum, např. Tiapridal nebo Quetiapin. Použití benzodiazepinů s krátkým biologickým poločasem (např. Ozazepam, Midazolam) lze doporučit jen jako pomocnou léčbu tam, kde není dostatečný efekt dosud podaného antipsychotika nebo kde je v anamnéze nadužívání alkoholu, benzodiazepinů či jiných psychoaktivních látek a delirium zde může být součástí abstinenčního stavu. V praxi se podávají nootropika, ale jejich účinnost v léčbě deliria nebyla prokázána. Jejich užití parenterálně ve vyšších dávkách je opodstatněné u deliria způsobeného cévní mozkovou příhodou nebo mozkovou hypoxií jiného původu. V tomto případě jde však o léčbu základního onemocnění, kterou indikuje zpravidla neurolog nebo internista (JIRÁK et al., 2013).

Farmakologická léčba deliria nasedajícího na demenci

Léčba deliria nasedajícího na demenci (F05.1) má podobné zásady jako léčba bez demence. V dávkování antipsychotické i další medikace by se mělo postupovat opatrněji, vzhledem k větší zranitelnosti nemocných a komplikovanějšímu průběhu deliria (JIRÁK et al., 2013).

3 SPECIFICKÁ PÉČE O SENIORA S DELIRIEM

3.1 Specifika ošetrovateľskej péče

Péče o seniory v delirantním stavu je velmi specifická a náročná, vyžaduje profesionální trpělivý přístup a také dostatečné odborné znalosti zdravotnického personálu. Tato péče obsahuje řadu specifík, se kterými je vždy potřeba předem počítat. S ohledem na konkrétního seniora v delirantním stavu se jedná se zejména o potřebu:

- vhodného odebrání anamnézy, stanovení správné diagnózy a sestavení vyhovujícího ošetrovateľského plánu,
- počítání s pravděpodobným neklidem a zmateností, často končící až agresivitou nebo zraněním,
- vedení řádné dokumentace o průběhu deliria,
- omezení pohybu na lůžku či použití farmakologických prostředků,
- dostatečné rehydratace a realimentace,
- korekce smyslových deficitů,
- poskytnutí pacientovi orientaci v čase a prostoru,
- upravení prostředí,
- informování, případně i vhodného zapojení, rodinných příslušníků,
- uvědomění si náročnosti komunikace (BOHÁČEK, NIEVESOVÁ, 2009).

3.2 Komunikace

U nemocných dochází k postupnému zhoršování schopností komunikace obvykle v tomto pořadí:

- sledovat konverzaci,
- zapojit se do konverzace,
- začít konverzaci,
- klást otázky,
- najít správná slova,
- gramaticky správně složit větu,
- správně vyslovit některá slova,

- mluvit smysluplně,
- pochopit psaný materiál,
- pochopit neverbální signál,
- následovat a opakovat pokyny.

Pro komunikaci se seniory platí (ještě výrazněji než u jiných pacientů), že je třeba vytvořit dobré podmínky a mít na paměti tato specifika:

- začátek komunikace zahájit iniciálním dotekem,
- komunikovat bez rušivých vlivů prostředí,
- udržovat zrakový kontakt,
- sdělení formulovat krátce a jednoduše,
- komunikovat zřetelně a přiměřeně hlasitě,
- mít trpělivost a informaci i několikrát zopakovat,
- používat uzavřené otázky s možností odpovědí ano / ne,
- neodporovat nemocnému v nepodstatných úvahách a myšlenkách,
- v průběhu komunikace nemocného povzbuzovat, poskytovat mu zpětnou vazbu a sdělovat mu, co dělá správně,
- používat slova, které sám nemocný nejčastěji používá,
- při společných činnostech vysvětlovat námi vykonávanou činnost a nemocnému sdělovat, co má činit on sám (HERMANOVÁ et al., 2008).

PRAKTICKÁ ČÁST

4 EMPIRICKÝ PRŮZKUM

Průzkumnou část tvoří kvantitativní průzkum metodou dotazníkového šetření.

4.1 Průzkumný problém

Průzkumným problémem bakalářské práce byly delirantní stavy u seniorů z hlediska ošetrovatelské péče. Práce si klade za cíl zjistit, jaká je úroveň teoretických i praktických znalostí všeobecných sester v oblasti problematiky ošetrovatelské péče u seniorů s delirantním stavem. Tento problém byl formulován do třech cílů.

4.1.1 Průzkumné cíle

Cíl 1 – Zjistit úroveň teoretických znalostí sester ohledně delirantních stavů.

Cíl 2 – Zjistit, zda sestry hospitalizovaným seniorům v delirantním stavu věnují dostatečnou pozornost a jakým způsobem o takovéto seniory pečují.

Cíl 3 – Vypracovat edukační brožuru pro všeobecné sestry s názvem „*Senior a delirium*“ (Příloha F).

4.1.2 Průzkumné hypotézy

H 1 – Předpokládáme, že teoretické znalosti sester jsou dostačující a počet správných odpovědí (u otázek s alespoň jednou správnou odpovědí) se bude pohybovat v rozmezí od 40 % do 50 %.

H 2 – Předpokládáme, že sestry věnují dostatečnou pozornost péči o seniory v delirantním stavu, a že o tyto seniory pečují vhodnými způsoby.

4.2 Metodika průzkumu

K získání dostatečného množství informací bylo použito kvantitativního šetření. Sběr dat byl zvolen průzkumnou metodou - technikou dotazníků. Časový harmonogram průzkumu byl stanoven na březen roku 2013 a po předložení a schválení písemné žádosti o umožnění dotazníkového šetření v Krajské nemocnici Tomáše Bati a.s. ve Zlíně (Příloha D), byl také průzkum proveden (konkrétně od 11. do 23. března).

4.3 Průzkumný soubor

Průzkumný soubor tvořily všeobecné sestry s různou délkou praxe, různého věku a stupně vzdělání, které pracují na předem vybraných odděleních Krajské nemocnice Tomáš Bati, a.s. ve Zlíně. Mezi vybraná oddělení patřila většina standardních oddělení, anesteziologicko-resuscitační oddělení a jednotky intenzivní péče a také několik oddělení následné péče.

4.4 Technika dotazníku

Vytvořený dotazník (Příloha E) v úvodu obsahoval oslovení respondentů, seznámení s autorem dotazníku a tématem daného průzkumu, zdůraznění anonymity, návod na správné vyplnění dotazníku a také poděkování respondentům. Dotazník obsahoval celkem 20 položek. Otázky byly uzavřené. U 16 z nich byla z nabízených 2 až 5 možných odpovědí pouze jedna správná, nebo na otázku neexistovala správná odpověď a měla pouze zjišťovací charakter. U zbylých 4 položek byla jasně uvedena možnost výběru více možných odpovědí.

Celkem bylo rozdáno 120 dotazníků. Z tohoto celkového počtu se vrátilo 107 dotazníků (89,17%). Z těchto 107 dotazníků však muselo být pro nesprávnost či neúplnost vyplnění vyřazeno 7 dotazníků, takže celkový počet dotazníků ke zpracování činil rovných 100. Všechna získaná data budou v praktické části práce následně analyzována, procentuálně vyjádřena a následně pomocí tabulek a grafů znázorněna.

Položky 1, 2 a 3 měly čistě zjišťovací charakter a vztahovaly se k samotným sestřím tvořící průzkumný soubor. Položky 4, 5, 6, 16, 18 a 20 měly taktéž pouze zjišťovací charakter a zabíraly se vztahem sester k deliriu u seniorů obecně. Hypotézu 1 jsme ověřovali položkami 7, 8, 9, 10 a 15, které měly charakter vědomostní. K hypotéze 2 se pak vztahovaly položky 11, 12, 13, 14, 17 a 19, jež byly charakteru zjišťovacího.

5 ANALÝZA VÝSLEDKŮ PRŮZKUMU

V následujících tabulkách a grafech jsou zpracovány údaje z jednotlivých položek dotazníku, jež byly sestřám určeny.

Položka č. 1

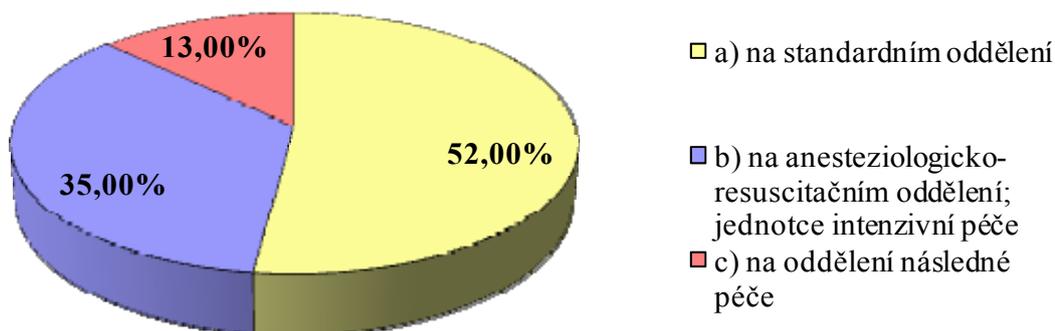
Na jakém oddělení pracujete?

- a) na standardním oddělení
- b) na anesteziologicko-resuscitačním oddělení; jednotce intenzivní péče
- c) na oddělení následné péče

Tabulka 1 – Typ oddělení

Odpovědi		Absolutní četnost	Relativní četnost
a)	na standardním oddělení	52	52,00%
b)	na anesteziologicko-resuscitačním oddělení; jednotce intenzivní péče	35	35,00%
c)	na oddělení následné péče	13	13,00%
Celkem		100	100,00%

Graf 1 – Typ oddělení



Z průzkumu vyplývá, že 52 dotazovaných sester (52 %) pracuje *na standardním oddělení*, 35 sester (35 %) *na anesteziologicko-resuscitačním oddělení či jednotce intenzivní péče* a zbylých 13 sester (13 %) *na oddělení následné péče*.

Položka č. 2

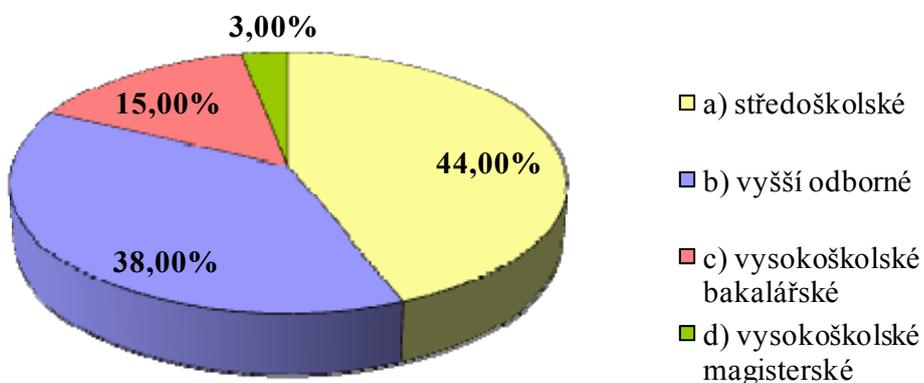
Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- a) středoškolské
- b) vyšší odborné
- c) vysokoškolské bakalářské
- d) vysokoškolské magisterské

Tabulka 2 – Nejvyšší dosažené vzdělání

Odpovědi		Absolutní četnost	Relativní četnost
a)	středoškolské	44	44,00%
b)	vyšší odborné	38	38,00%
c)	vysokoškolské bakalářské	15	15,00%
d)	vysokoškolské magisterské	3	3,00%
Celkem		100	100,00%

Graf 2 - Nejvyšší dosažené vzdělání



Z grafu je patrné, že největší podíl dotazovaných sester - celkem 44 (44 %) dosáhlo *středoškolského* vzdělání, *vyššího odborného* vzdělání 38 sester (38 %), 15 sester (15 %) pak *vysokoškolského bakalářského* vzdělání a 3 sestry (3 %) vzdělání *vysokoškolského magisterského*.

Položka č. 3

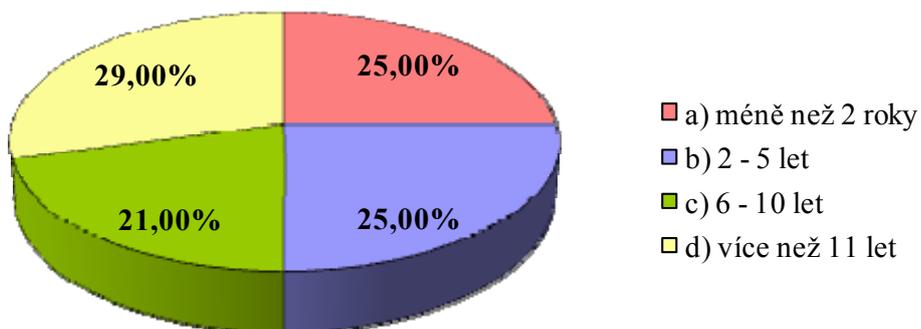
Jak dlouho pracujete ve zdravotnictví?

- a) méně než 2 roky
- b) 2 - 5 let
- c) 6 - 10 let
- d) více než 11 let

Tabulka 3 – Délka praxe ve zdravotnictví

Odpovědi		Absolutní četnost	Relativní četnost
a)	méně než 2 roky	25	25,00%
b)	2 - 5 let	25	25,00%
c)	6 - 10 let	21	21,00%
d)	více než 11 let	29	29,00%
Celkem		100	100,00%

Graf 3 – Délka praxe ve zdravotnictví



Z této položky jasně vyplývá, že v průzkumu byly téměř rovnoměrně zastoupeny sestry s různou délkou praxe ve zdravotnictví. 29 sester (29 %) s praxí *delší než 11 let*, 25 sester (25 %) s praxí *kratší než dva roky*, stejně tak 25 sester (25 %) s délkou praxe *2 - 5 let* a 21 sester (21 %) pracující ve zdravotnictví *6 -10 let*.

Položka č. 4

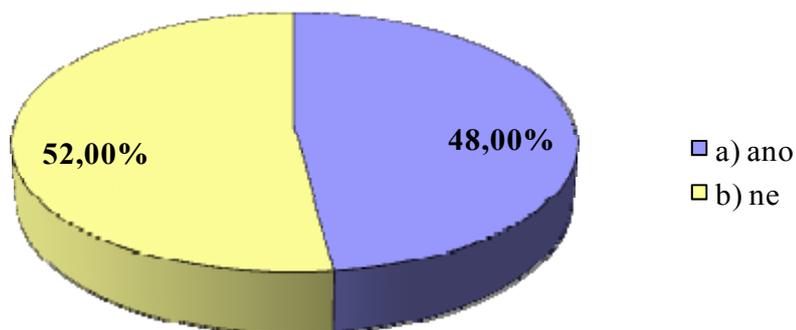
Znáte pojem křehký senior?

- a) ano
- b) ne

Tabulka 4 – Znalost pojmu křehký senior

Odpovědi		Absolutní četnost	Relativní četnost
a)	ano	48	48,00%
b)	ne	52	52,00%
Celkem		100	100,00%

Graf 4 – Znalost pojmu křehký senior



V této položce překvapivě uvedlo 52 sester (52 %), že se s tímto pojmem zatím *nesetkaly* a zbylých 48 sester (48 %) pojem křehký senior *znalo*.

Položka č. 5

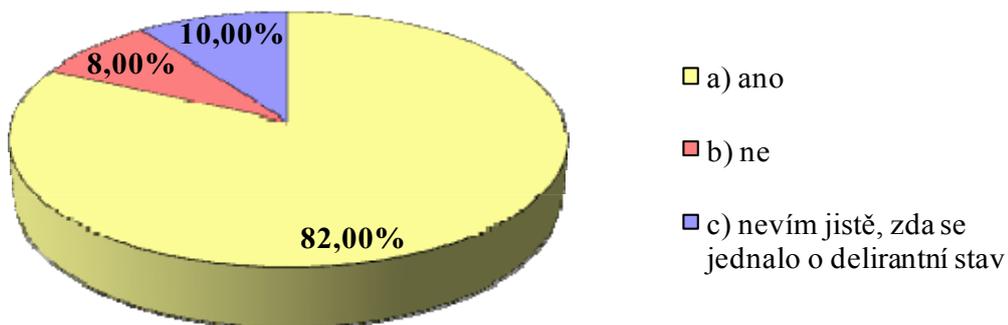
Setkal/a jste se někdy se seniorem, který se nacházel v delirantním stavu?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím jistě, zda se jednalo o delirantní stav

Tabulka 5 – Kontakt se seniorem v delirantním stavu

Odpovědi		Absolutní četnost	Relativní četnost
a)	ano	82	82,00%
b)	ne	8	8,00%
c)	nevím jistě, zda se jednalo o delirantní stav	10	10,00%
Celkem		100	100,00%

Graf 5 – Kontakt se seniorem v delirantním stavu



Z průzkumu vyplývá, že většina, tzn. 82 dotazovaných sester (82 %), se již *setkala* se seniorem v delirantním stavu, 10 sester (10 %) *neví jistě, zda se u seniora o tento stav jednalo* a 8 sester (8 %) se prozatím s tímto seniorem *nesetkalo*.

Položka č. 6

Jestliže jste na předchozí otázku odpověděl/a „ano“:

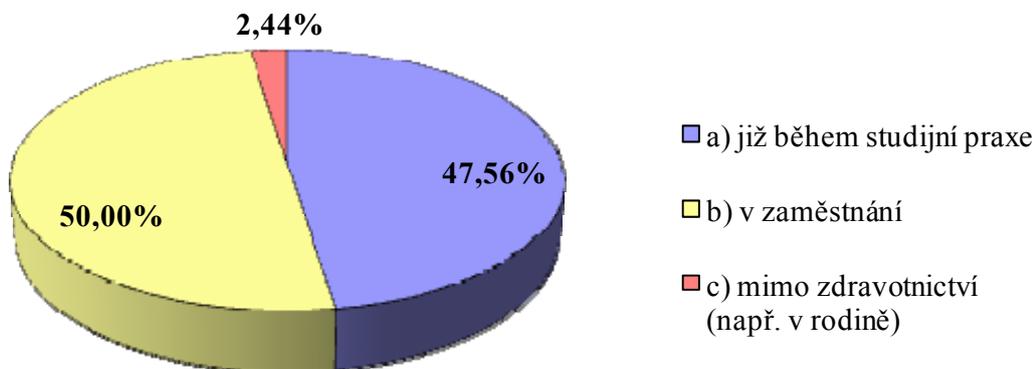
Kde poprvé jste přišel/la do kontaktu se seniorem v delirantním stavu?

- a) již během studijní praxe
- b) v zaměstnání
- c) mimo zdravotnictví (např. v rodině)

Tabulka 6 – První kontakt se seniorem v delirantním stavu

Odpovědi		Absolutní četnost	Relativní četnost
a)	již během studijní praxe	39	47,56%
b)	v zaměstnání	41	50,00%
c)	mimo zdravotnictví (např. v rodině)	2	2,44%
Celkem		82	100,00%

Graf 6 – První kontakt se seniorem v delirantním stavu



Na tuto položku vztahující se k odpovědi *a)* položky č. 5 odpovědělo 41 z dotazovaných sester (50,00 %), že se se seniorem v delirantním stavu setkaly až *během svého zaměstnání*. O něco méně sester, a to 39 (47,56 %) se s tímto seniorem setkalo *již během své studijní praxe*. Pouhé 2 sestry (2,44 %) pak přišly do kontaktu s takovýmto seniorem *mimo zdravotnictví*.

Položka č. 7

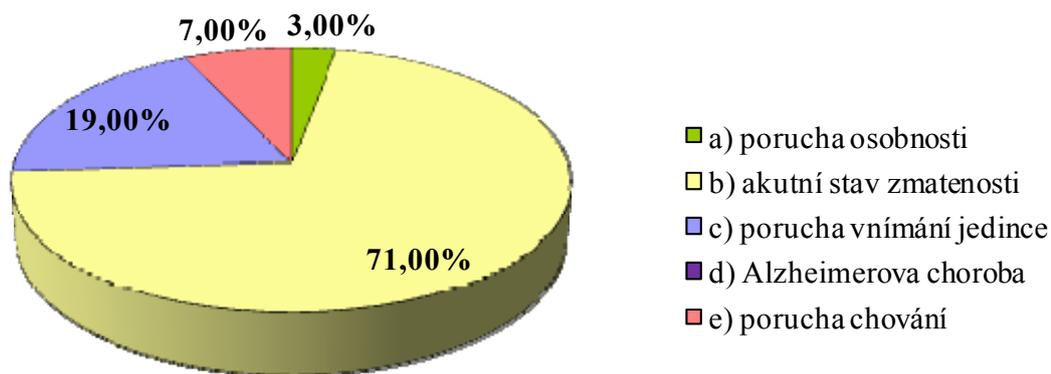
Jaká je správná definice slova „*DELIRIUM*“?

- a) porucha osobnosti
- b) akutní stav zmatenosti**
- c) porucha vnímání jedince
- d) Alzheimerova choroba
- e) porucha chování

Tabulka 7 – Definice slova delirium

Odpovědi		Absolutní četnost	Relativní četnost
a)	porucha osobnosti	3	3,00%
b)	akutní stav zmatenosti	71	71,00%
c)	porucha vnímání jedince	19	19,00%
d)	Alzheimerova choroba	0	0,00%
e)	porucha chování	7	7,00%
Celkem		100	100,00%

Graf 7 – Definice slova delirium



Správně (*akutní stav zmatenosti*) odpovědělo 71 sester (71 %). Ze zbylých odpovědí bylo velmi překvapující, že 19 sester (19 %) odpovědělo, že správná definice slova „*DELIRIUM*“ je *porucha vnímání jedince*, dalších 7 sester (7 %) pak zvolilo jako odpověď *poruchu chování* a zbylé 3 sestry (3 %) zvolily *poruchu osobnosti*. Možnost, že se jedná o *Alzheimerovu chorobu*, nebyla vybrána žádnou z dotazovaných sester.

Položka č. 8

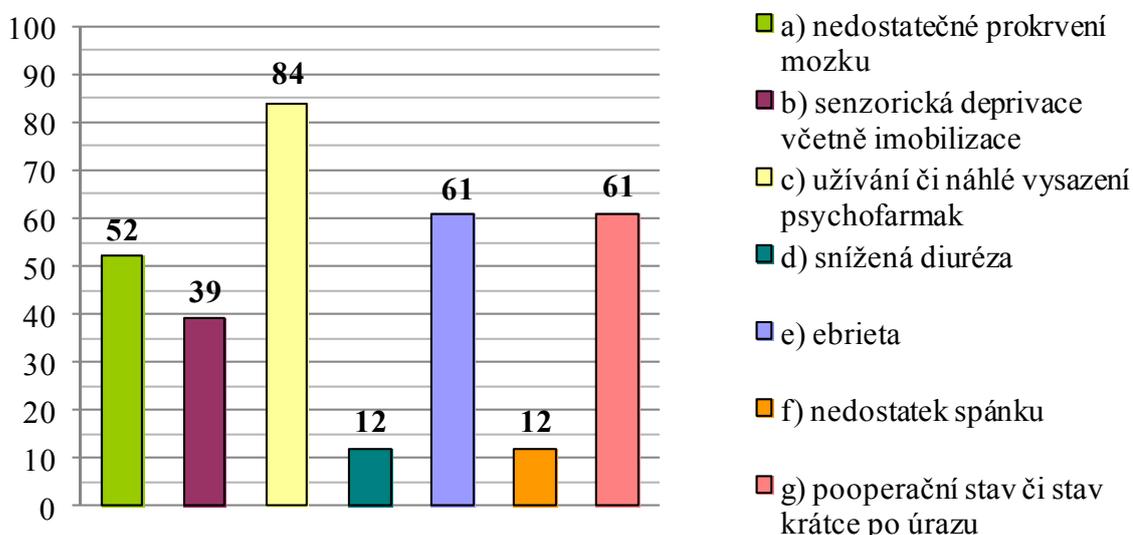
Které z uvedených příčin mohou nejčastěji vést u seniora k delirantnímu stavu?
(možnost výběru více odpovědí)

- a) **nedostatečné prokrvení mozku**
- b) **senzorická deprivace včetně imobilizace**
- c) **užívání či náhlé vysazení psychofarmak**
- d) snížená diuréza
- e) ebrieta
- f) nedostatek spánku
- g) **pooperační stav či stav krátce po úrazu**

Tabulka 8 – Nejčastější příčiny vedoucí k delirantnímu stavu u seniora

Odpovědi		Absolutní četnost
a)	nedostatečné prokrvení mozku	52
b)	senzorická deprivace včetně imobilizace	39
c)	užívání či náhlé vysazení psychofarmak	84
d)	snížená diuréza	12
e)	ebrieta	61
f)	nedostatek spánku	12
g)	pooperační stav či stav krátce po úrazu	61

Graf 8 – Nejčastější příčiny vedoucí k delirantnímu stavu u seniora



V této položce s více správnými odpověďmi byla sestrami nejčteněji (84) uvedena správná možnost, že nejčastější příčina vedoucí k delirantnímu stavu u seniorů je *užívání či náhlé vysazení psychofarmak*. 61 ze sester také označilo další vyhovující odpověď, a to *pooperační stav či stav krátce po úrazu*. Opravdu velmi překvapující bylo, že 61 z dotazovaných sester považovalo chybně za jednu z nejčastějších příčin delirantního stavu *ebrietu*, a to zřejmě pro špatné uvědomění si toho, že se otázka vztahovala k seniorům. Za nejčastější příčiny dále správně označilo 52 sester *nedostatečné prokrvení mozku* a 39 sester *senzorickou deprivaci včetně imobilizace*. Další nesprávné odpovědi tj. *snížená diuréza* a *nedostatek spánku* měly po 12 označeních.

Položka č. 9

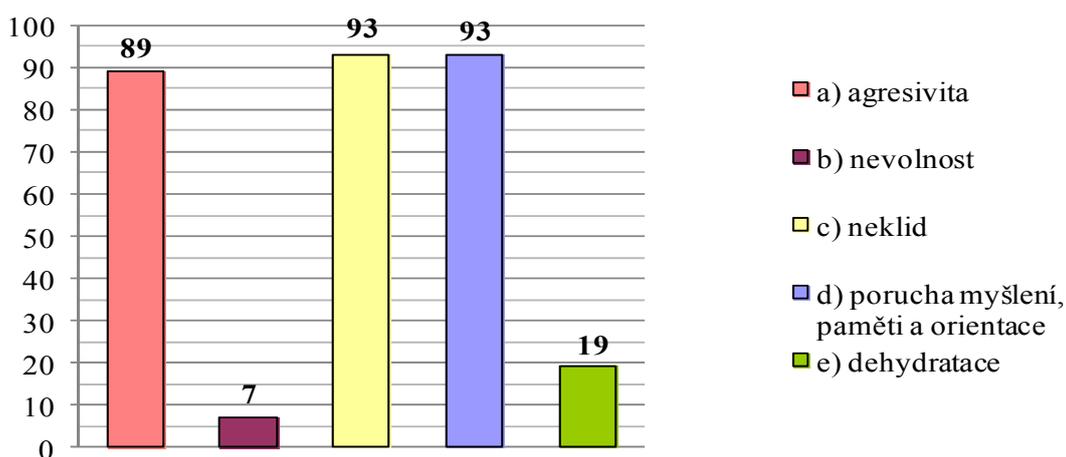
Jaké jsou typické příznaky delirantního stavu?
(možnost výběru více odpovědí)

- a) **agresivita**
- b) nevolnost
- c) **neklid**
- d) **porucha myšlení, paměti a orientace**
- e) dehydratace

Tabulka 9 – Typické příznaky delirantního stavu

Odpovědi		Absolutní četnost
a)	agresivita	89
b)	nevolnost	7
c)	neklid	93
d)	porucha myšlení, paměti a orientace	93
e)	dehydratace	19

Graf 9 – Typické příznaky delirantního stavu



Z grafu je patrné, že většina sester zodpověděla tuto položku s více možnými odpověďmi relativně správně, protože vyhovující možnosti *neklid* (93), *porucha myšlení, paměti a orientace* (93) a *agresivita* (89) byly mnohem více voleny, než odpovědi špatné, jimiž byly *dehydratace* (19) a *nevolnost* (7).

Položka č. 10

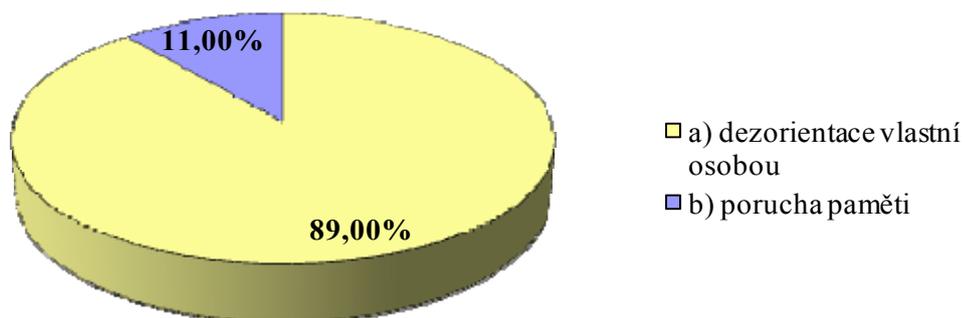
Jaký je prvotní příznak deliria u seniorů?

- a) dezorientace vlastní osobou
- b) porucha paměti

Tabulka 10 – Prvotní příznak deliria u seniorů

Odpovědi		Absolutní četnost	Relativní četnost
a)	dezorientace vlastní osobou	89	89,00%
b)	porucha paměti	11	11,00%
Celkem		100	100,00%

Graf 10 – Prvotní příznak deliria u seniorů



V této položce odpovědělo správně 89 sester (89 %) a nesprávně otázku zodpovědělo sester 11 (11 %).

Položka č. 11

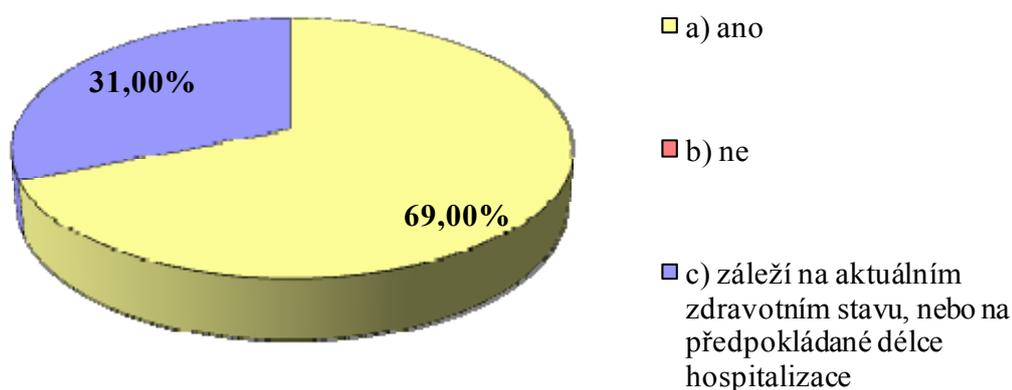
Považujete za důležité vést u seniorů bilanci tekutin?

- a) ano
- b) ne
- c) záleží na aktuálním zdravotním stavu seniora, nebo na předpokládané délce hospitalizace

Tabulka 11 – Důležitost vedení bilance tekutin u seniorů

Odpovědi		Absolutní četnost	Relativní četnost
a)	ano	69	69,00%
b)	ne	0	0,00%
c)	záleží na aktuálním zdravotním stavu, nebo na předpokládané délce hospitalizace	31	31,00%
Celkem		100	100,00%

Graf 11 – Důležitost vedení bilance tekutin u seniorů



Z grafu vyplývá, že 69 sester (69 %) považuje za důležité vést u seniorů bilanci tekutin a 31 sester (31 %) odpovědělo, že záleží na aktuálním zdravotním stavu, nebo na předpokládané délce hospitalizace. Ani jedna ze sester nepovažuje za nedůležité vést bilanci tekutin.

Položka č. 12

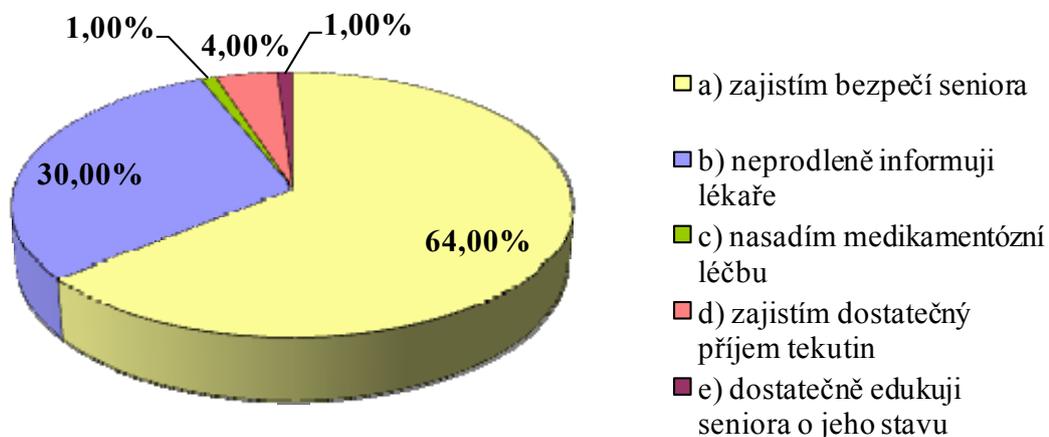
Jestliže máte na oddělení seniora, u kterého se vyvíjí delirantní stav, co uděláte nejdříve?

- a) zajistím bezpečí seniora
- b) neprodleně informuji lékaře
- c) nasadím medikamentózní léčbu
- d) zajistím dostatečný příjem tekutin
- e) dostatečně edukuji seniora o jeho stavu

Tabulka 12 – Prvotní činnost u seniora v delirantním stavu

Odpovědi		Absolutní četnost	Relativní četnost
a)	zajistím bezpečí seniora	64	64,00%
b)	neprodleně informuji lékaře	30	30,00%
c)	nasadím medikamentózní léčbu	1	1,00%
d)	zajistím dostatečný příjem tekutin	4	4,00%
e)	dostatečně edukuji seniora o jeho stavu	1	1,00%
Celkem		100	100%

Graf 12 – Prvotní činnost u seniora v delirantním stavu



Z položky je patrné, že 64 sester (64 %) by správně nejdříve *zajistilo bezpečí seniora*. Alarmující pak je, že 30 sester (30 %) by nejdříve *neprodleně informovalo lékaře*, 4 sestry (4 %) by *zajistily dostatečný příjem tekutin*, 1 sestra (1 %) by *dostatečně edukovala seniora o jeho stavu* a 1 sestra (1 %) by *nasadila medikamentózní léčbu*.

Položka č. 13

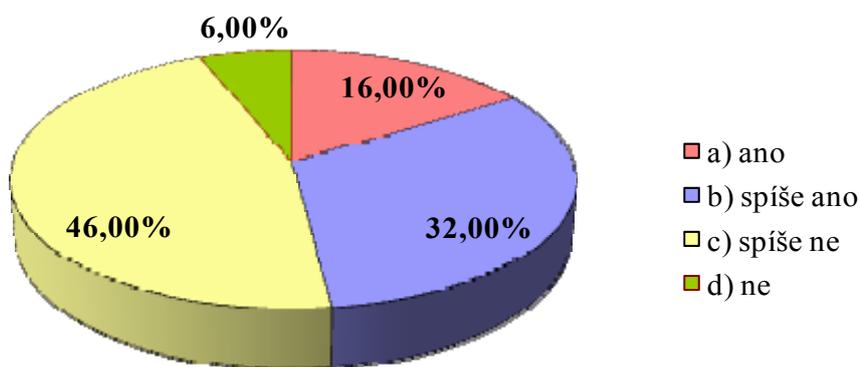
Dovoluje Vám pracovní vytížení věnovat dostatečnou péči seniorům v delirantním stavu?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) ne

Tabulka 13 – Dostatečná péče seniorům v delirantním stavu

Odpovědi		Absolutní četnost	Relativní četnost
a)	ano	16	16,00%
b)	spíše ano	32	32,00%
c)	spíše ne	46	46,00%
d)	ne	6	6,00%
Celkem		100	100,00%

Graf 13 – Dostatečná péče seniorům v delirantním stavu



U této položky odpovědělo 46 sester (46 %) *spíše ne*, 32 sester (32 %) *spíše ano*. Pouze 16 sestrám (16 %) *dovoluje* pracovní vytížení věnovat dostatečnou péči seniorům v delirantním stavu a 6 sester (6,00 %) pak uvedlo, že jim jejich pracovní vytížení *nedovoluje* věnovat dostatečnou péči o takovéto seniory.

Položka č. 14

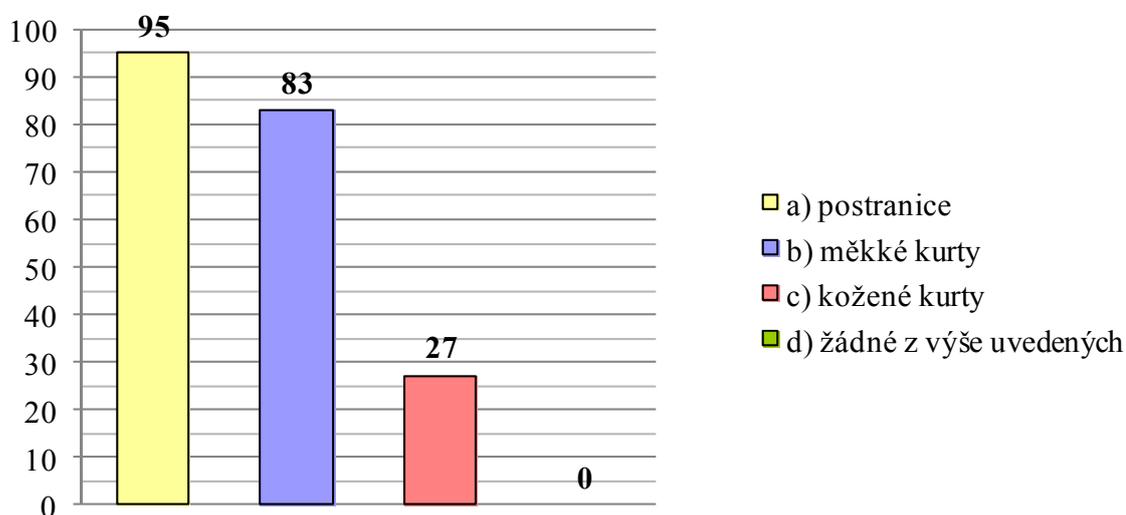
Jaké bezpečnostní pomůcky používáte u seniora, je-li neklidný?
(možnost výběru více odpovědí)

- a) postranice
- b) měkké kurty
- c) kožené kurty
- d) žádné z výše uvedených

Tabulka 14 – Bezpečností pomůcky u neklidného seniora

Odpovědi		Absolutní četnost
a)	postranice	95
b)	měkké kurty	83
c)	kožené kurty	27
d)	žádné z výše uvedených	0

Graf 14 – Bezpečností pomůcky u neklidného seniora



Z grafu, který se týká této položky s možností volby více odpovědí, je patrné, že 95 sester u neklidného seniora použilo *postranic*. 83 sester pak také zvolilo možnost *měkké kurty* a více než čtvrtina (27) sester vybralo *kurty kožené*. Všechny dotazované sestry si vybraly z výše uvedených možností a zbylé možnosti (*žádné z výše uvedených*) nebylo využito.

Položka č. 15

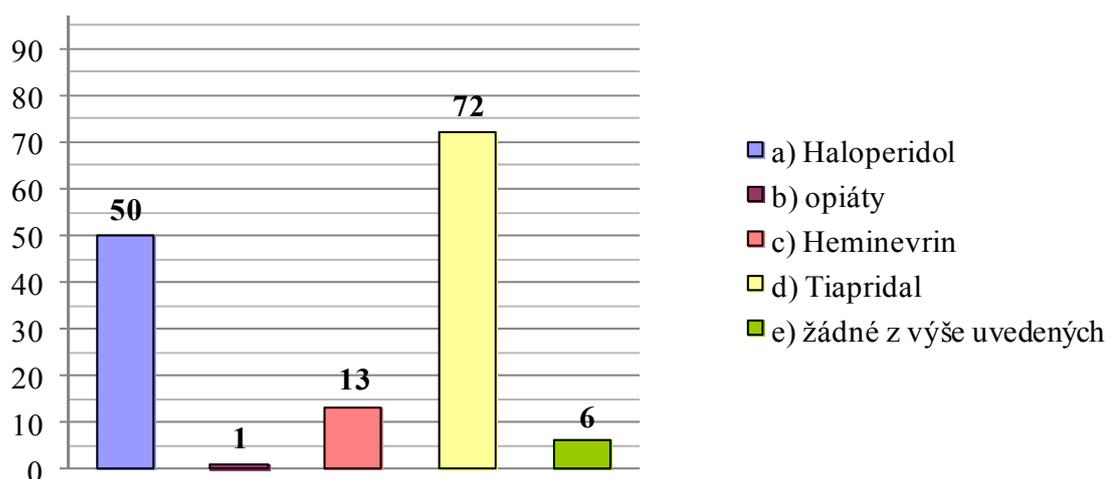
Které z uvedených léků jsou vhodné k tlumení seniora, který je v delirantním stavu?
(možnost výběru více odpovědí)

- a) **Haloperidol**
- b) opiáty
- c) Heminevrin
- d) **Tiapridal**
- e) žádné z výše uvedených

Tabulka 15 – Vhodné léky k tlumení seniora v delirantním stavu

Odpovědi		Absolutní četnost
a)	Haloperidol	50
b)	opiáty	1
c)	Heminevrin	13
d)	Tiapridal	72
e)	žádné z výše uvedených	6

Graf 15 – Vhodné léky k tlumení seniora v delirantním stavu



Z grafu vyplývá, že v položce týkající se vhodných léků k tlumení seniora v delirantním stavu volilo nejvíce sester správně *Tiapridal* (72) a *Haloperidol* (50). Překvapivě 13 sester označilo nesprávně za vhodné léky *Heminevrin* a 1 sestra *opiáty*. Taktéž nesprávnou možnost, že *žádné z výše uvedených* léků nejsou vhodné, označilo 6 sester.

Položka č. 16

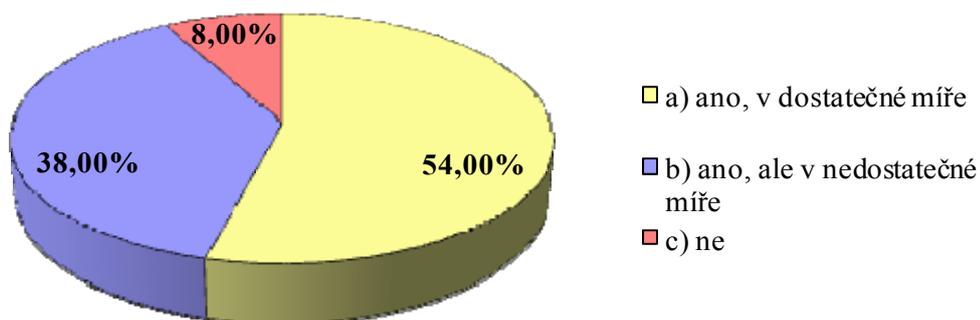
Setkal/a jste se s postupy, jak správně pečovat o seniory?

- a) ano, v dostatečné míře
- b) ano, ale v nedostatečné míře
- c) ne

Tabulka 16 – Styk s postupy, jak správně pečovat o seniory

Odpovědi		Absolutní četnost	Relativní četnost
a)	ano, v dostatečné míře	54	54,00%
b)	ano, ale v nedostatečné míře	38	38,00%
c)	ne	8	8,00%
Celkem		100	100,00%

Graf 16 – Styk s postupy, jak správně pečovat o seniory



Na tuto položku odpovědělo 54 sester (54 %), že se již s postupy jak správně pečovat o seniory *setkaly v dostatečné míře*, 38 sester se s postupy *setkalo, ale v nedostatečné míře* a pouze 8 sester (8 %) se dle jejich odpovědí s postupy, jak správně pečovat o seniory, zatím *nesetkalo*.

Položka č. 17

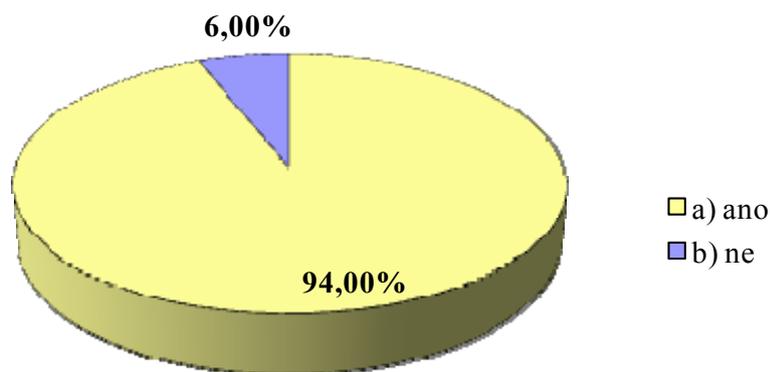
Považujete delirium ve stáří za závažný ošetřovatelský problém?

- a) ano
- b) ne

Tabulka 17 – Delirium: závažný ošetřovatelský problém ve stáří

Odpovědi		Absolutní četnost	Relativní četnost
a)	ano	94	94,00%
b)	ne	6	6,00%
Celkem		100	100,00%

Graf 17 – Delirium: závažný ošetřovatelský problém ve stáří



Z grafu je jasně patrné, že naprostá většina sester, a to 94 (94 %), *považuje* delirium ve stáří za závažný ošetřovatelský problém. Pouze 6 sester (6 %) označilo, že delirium za závažný problém *nepovažuje*.

Položka č. 18

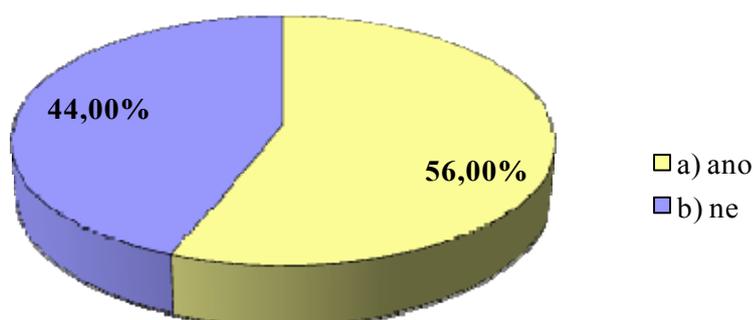
Domníváte se, že si lékaři na vašem oddělení dostatečně uvědomují závažnost delirantních stavů u seniorů?

- a) ano
- b) ne

Tabulka 18 – Uvědomění lékařů o závažnosti delirantních stavů u seniorů

Odpovědi		Absolutní četnost	Relativní četnost
a)	ano	56	56,00%
b)	ne	44	44,00%
Celkem		100	100,00%

Graf 18 – Uvědomění lékařů o závažnosti delirantních stavů u seniorů



Z dotazovaných se 59 sester (59 %) domnívá, že si lékaři dostatečně *uvědomují* závažnost delirantních stavů u seniorů, avšak zbylých 44 sester (44 %) zvolilo možnost, že si lékaři závažnost tohoto problému dostatečně *neuvědomují*.

Položka č. 19

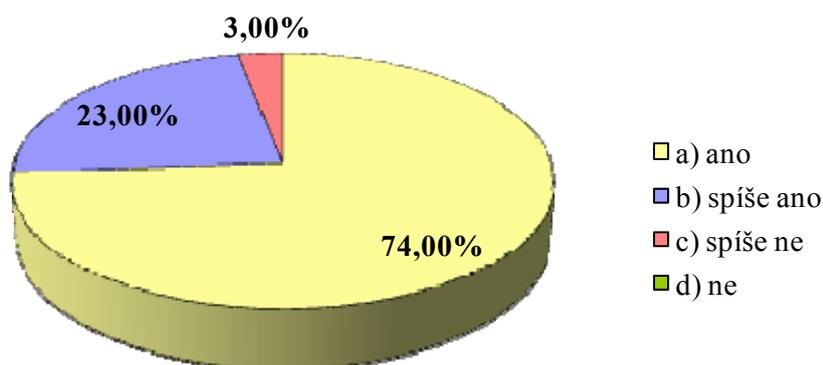
Domníváte se, že hospitalizace v nemocničním zařízení způsobuje seniorům velkou psychickou zátěž?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) ne

Tabulka 19 – Psychická zátěž u seniorů v nemocničním zařízení

Odpovědi		Absolutní četnost	Relativní četnost
a)	ano	74	74,00%
b)	spíše ano	23	23,00%
c)	spíše ne	3	3,00%
d)	ne	0	0,00%
Celkem		100	100,00%

Graf 19 – Psychická zátěž u seniorů v nemocničním zařízení



Z dotazovaných sester se většina domnívá, že hospitalizace v nemocničním zařízení způsobuje seniorům velkou psychickou zátěž. Možnost *ano* vybralo 74 sester (74 %), možnost *spíše ano* pak sester 23 (23 %). Odpověď *spíše ne* byla zvolena pouze ve 3 případech (3 %) a ani jedna z dotazovaných sester nevybrala možnost *ne*.

Položka č. 20

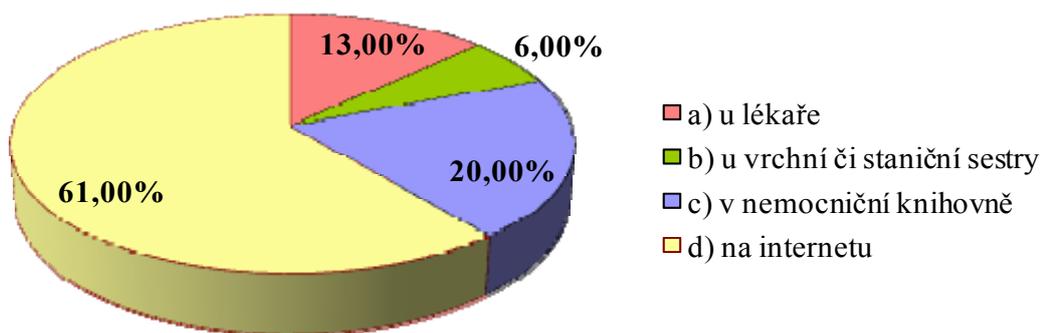
Kde byste se převážně snažil/a získat více informací o problematice delirantních stavů?

- a) u lékaře
- b) u vrchní či staniční sestry
- c) v nemocniční knihovně
- d) na internetu

Tabulka 20 – Možnost získání informací o problematice delirantních stavů

Odpovědi		Absolutní četnost	Relativní četnost
a)	u lékaře	13	13,00%
b)	u vrchní či staniční sestry	6	6,00%
c)	v nemocniční knihovně	20	20,00%
d)	na internetu	61	61,00%
Celkem		100	100,00%

Graf 20 – Možnost získání informací o problematice delirantních stavů



Z dotazovaných by se 61 sester (61 %) pokoušelo získat informace o problematice delirantních stavů *na internetu*, 20 sester (20 %) uvedlo možnost získat informace *v nemocniční knihovně*, 13 sester (13 %) by se snažilo informovat *u lékaře* a zbylých 6 sester (6 %) pak zvolilo možnost *u vrchní či staniční sestry*.

6 INTERPERETACE VÝSLEDKŮ

Hypotéza 1 - Předpokládáme, že teoretické znalosti sester jsou dostačující a počet správných odpovědí (u otázek s alespoň jednou správnou odpovědí) se bude pohybovat v rozmezí od 40 % do 50 %.

Předpoklad hypotézy 1, že vědomosti sester jsou dostačující a že počet správných odpovědí se bude pohybovat v rozmezí od 40 % do 50 %, **se potvrdil jen částečně**, protože se počet správných odpovědí v několika případech pohyboval nad hranicí 50 %. Na tuto hypotézu bylo v dotazníku zaměřeno celkem 5 vědomostních *položek* (7, 8, 9, 10, 15) a počet správných odpovědí se u jednotlivých otázek značně lišil.

U *položky č. 7*, dotazující se na definici slova *DELIRIUM*, odpovědělo správně 71 sester, což činí 71 %. V této položce bylo překvapující, že 19 sester (19 %) označilo jako správnou odpověď porucha vnímání jedince.

U následující *položky č. 8*, ve které nás zajímaly nejčastější příčiny vedoucí k delirantnímu stavu u seniorů, byla možnost volby více odpovědí a ze 100 sester správně odpovědělo – 84 sester užívání či náhlé vysazení psychofarmak, 61 sester pooperační stav či stav krátce po úrazu, 52 sester správné prokrvení mozku a 39 sester senzorická deprivace včetně imobilizace. Velmi překvapující bylo, že 61 sester zvolilo ebrietu - zřejmě pro špatné uvědomění si toho, že se daná otázka vztahovala k seniorům.

V *položce č. 9* jsme zjišťovali typické příznaky delirantního stavu. V této položce, kde byla opět možnost volby více odpovědí, pak většina z dotazovaných sester odpověděla správně – 93 sester neklid, 93 sester porucha myšlení, paměti a orientace a 89 sester agresivita.

Položka č. 10 se dotazovala na prvotní příznak deliria u seniorů. Ze dvou možností zde zvolilo 89 sester (89 %) správnou odpověď – dezorientace vlastní osobou.

U *položky č. 15*, znovu s možností volby více odpovědí, jsme se sester tázali na vhodné léky k tlumení seniora v delirantním stavu. Správné odpovědi vybralo u možnosti Tiapridal 72 sester a u možnosti Haloperidol přesně polovina sester, tedy 50. Zajímavé je, že 13 sester vybralo možnost Heminevrin a 6 sester zvolilo možnost žádná z výše uvedených.

Hypotéza 2 - Předpokládáme, že sestry věnují dostatečnou pozornost péči o seniory v delirantním stavu, a že o tyto seniory pečují vhodnými způsoby.

Z průzkumu vyplývá, že **předpoklad hypotézy 2 se nám potvrdil**, neboť až na několik málo výjimek, se sestrami vybrané odpovědi s tímto předpokladem shodovaly. K této hypotéze se vztahovaly *položky 11 – 14* a dále *17* a *19*, všechny zjišťovacího charakteru.

Položkou č. 11 jsme se dotazovali, zda sestry považují za důležité vést bilanci tekutin u seniorů. Žádná ze sester nezvolila možnost, že vést bilanci tekutin u seniorů je nedůležité. 69 sester (69 %) odpověděla možností ano a 31 sester (31 %) zvolilo možnost, že záleží na aktuálním zdravotním stavu seniora, nebo na předpokládané délce hospitalizace.

V *položce č. 12* nás zajímalo, co jako první udělají sestry pečující o seniora, u kterého se vyvíjí delirantní stav. 64 sester (64 %) správně zvolilo možnost zajistím bezpečí seniora. Z poměrně velkého počtu zbývajících sester (36 %) by nejvíce sester nejdříve neprodleně informovalo lékaře.

Položka č. 13 se týkala pracovního vytížení sester a dotazovali jsme se v ní, zda jim toto vytížení dovoluje věnovat dostatečnou péči seniorům v delirantním stavu. Většina sester průzkumem odpověděla, že nedovoluje. 46 sester (46 %) zvolilo možnost spíše ne a 6 sester (6 %) pak možnost ne.

Následující *položka č. 14*, s možností volby více odpovědí, se vztahovala k bezpečnostním pomůckám, které sestry používají u neklidných seniorů. Nejčastěji byly sestrami zvoleny možnosti postranice (95) a měkké kurty (83) a zajímavostí je, že více než čtvrtina sester (27) používá u seniorů kožené kurty.

V *položce č. 17* jsme se zaměřili na to, zda se sestry považují delirium ve stáří za závažný ošetrovatelský problém a většina sester, celkem 94 (94 %), odpověděla ano.

V poslední *položce č. 19*, vztahující se k hypotéze 2, nás zajímalo, zda se sestry domnívají, že hospitalizace v nemocničním zařízení způsobuje seniorům velkou psychickou zátěž. Téměř všechny sestry odpověděly kladně – 74 sester (74 %) vybralo možnost ano a 23 sester (23 %) pak možnost spíše ano.

7 DISKUZE VÝSLEDKŮ

Výsledky našeho průzkumu jsme porovnávali s obdobnou prací z roku 2009, kterou vypracovala paní magistra Pavlína Lefková. Práci s názvem „*Delirantní stavy u hospitalizovaných seniorů z pohledu sestry*“ vypracovala, tehdy Bc. Pavlína Lefková, jako svou diplomovou práci na Lékařské fakultě Masarykovy univerzity v Brně, a v zápětí ji také úspěšně obhájila. Její práce byla zaměřena na problematiku delirií u seniorů a měla za cíle zmapovat využívání nefarmakologických intervencí v prevenci vzniku deliria, zjistit způsoby zvládnání neklidných delirujících seniorů a zmapovat znalosti sester týkající se problematiky delirií. V několika částech kvantitativního průzkumného šetření této práce jsme mohli najít určité podobnosti s naší prací a pro účel diskuze tak bylo vybráno několik položek, u kterých bylo do jisté míry možné provedení porovnání s výsledky našeho empirického průzkumu.

Průzkumný soubor dotazníkového šetření práce paní magistry Lefkové tvořily všeobecné sestry pracující v nemocnicích ve Vsetíně a ve Valašském Meziříčí a stejně jako v našem případě byly v dotazníkovém šetření zastoupeny sestry z různých oddělení těchto zdravotnických zařízení. Rovněž byly sestry odpovídající v tomto šetření s různou délkou praxe ve zdravotnictví a taktéž měly tyto sestry různý stupeň vzdělání (od středoškolského až po vysokoškolské magisterské), stejně jako sestry tvořící náš průzkumný soubor. Vzhledem k těmto shodám můžeme považovat srovnávání výsledků této a naší práce za relevantní.

V jedné z položek kvantitativního šetření diplomové práce paní magistry Lefkové se respondentů tázala, zda sledují u každého seniora bilanci tekutin. Z jejího průzkumu vyplývá, že 46,4 % sester ano a 53,6 % sester ne. Naše *položka č. 11* se respondentů dotazovala, zda sestry považují za důležité vést u seniorů bilanci tekutin. Z našich možností vybralo 69 % sester možnost ano, 31 % sester možnost záleží na aktuálním zdravotním stavu, nebo na předpokládané délce hospitalizace a 0 % sester možnost ne. Odchylku mezi výsledky šetření paní magistry Lefkové a našim šetřením můžeme přičíst pravděpodobně tomu, že její práce byla vypracována v roce 2009, zatímco naše v roce 2013, a za tyto 4 roky tak došlo ke zlepšení úrovně znalostí sester o delirantních stavech u seniorů a ke zlepšení péče sester o tyto pacienty.

Jedna z následujících položek kvantitativního šetření diplomové práce paní Mgr. Pavlíně Lefkové se zabývala otázkou, jaká psychofarmaka sestry nejčastěji aplikují delirujícím seniorům. Možnost Tiapridal tehdy vybralo 47,7 % sester, možnost Haloperidol pak 18,3 % sester, Prothazin 3,3 % sester, Plegomazin, Tisercin 19,1 % sester, Benzodiazepiny 10 % a možnost jiné zbývajících 1,7 % sester. Velké procento u léku Tiapridal pak paní magistra odůvodnila jeho velikou oblíbeností. S tímto názorem se, vzhledem k výsledku našeho empirického průzkumu, naprosto ztotožňujeme. Konkrétně díky odpovědím v *položce č. 15*, kdy měly sestry vybrat z možností ty léky, které jsou dle jejich názoru vhodné k utlumení seniora, který je v delirantním stavu. V našem dotazníkovém šetření zvolilo možnost Tiapridal dokonce 72 % sester.

Další položka diplomové práce, se vztahovala k možnostem sester získat informace týkající se problematiky delirantních stavů u seniorů. Nejčastější odpovědí (29,9 % sester) bylo, že tyto informace měly sestry možnost získat ze seminářů. Na druhém místě (24,8 % sester) se umístila možnost z odborné literatury, dále pak (24,3 % sester) možnost z internetu, následovala možnost u kolegů (15,9 % sester) a 5,1 % sester uvedlo, že tuto možnost neměly. Naše *položka č. 20* se respondentů dovozovala, kde by se převážně snažili získat více informací o problematice delirantních stavů. V našem dotazníkovém šetření byla nejčastěji zvolena možnost na internetu (61 % sester), druhou nejčastěji volenou možností bylo v nemocniční knihovně (20 % sester), na třetím místě byla možnost u lékaře (13 % sester) a nejméně vybranou možností bylo u vrchní či staniční sestry (6 % sester). Výsledky obou šetření poukazují na narůstající oblibu vyhledávání informací na internetu a na vzrůstající dostupnost připojení k němu. Dále můžeme z těchto šetření usoudit, že čtvrtina až pětina sester by i nadále hledaly informace o této problematice v odborné literatuře a že zhruba 16 až 19 % sester by se obrátilo na některé ze svých kolegů, ať už jinou sestru či lékaře.

Poslední z položek, která byla zvolena pro diskuzi, byla otázka, zda bývá prvním příznakem manifestního deliria dezorientace vlastní osobou. Na tuto otázku správně odpovědělo 54 % sester, tedy možností ano, dále 31,5 % sester nesprávnou možností ne a zbylých 14,5 % sester vybralo možnost nevím. V *položce č. 10* našeho dotazníkového šetření, měly sestry pomocí dvou nabízených možností zodpovědět otázku, jaký je prvotní příznak deliria u seniorů. Tuto položku zodpovědělo správně 89 % sester

(volbou možnosti dezorientace vlastní osobou) a nesprávně 11 % sester (volbou možnosti porucha paměti). Vyšší procento správných odpovědí v našem průzkumu si vysvětlujeme zejména zlepšením informovanosti sester o problému delirií za poslední 4 roky, což je doba, která dělí naši práci od práce paní magistry Lefkové.

7.1 Doporučení pro praxi

Z provedeného průzkumu dané problematiky vyplývá potřeba následujících doporučení pro praxi:

Doporučení pro všeobecné sestry:

- nepodceňovat problematiku péče o seniory,
- celoživotně se vzdělávat v oblastech delirií a péče o seniory (např. pomocí odborných seminářů a přednášek),
- získávat informace o problematice delirantních stavů u seniorů prostřednictvím odborné literatury,
- řádně zaškolovat sestry nastupující do praxe,
- věnovat péči o seniory v delirantním stavu dostatek času a zajistit u těchto seniorů neustálý dohled,
- pravidelně hodnotit stav seniora v delirantním stavu (např. pomocí CAM nebo MMSE testů) a zaznamenávat veškeré změny do dokumentace,
- konzultovat veškeré změny stavu pacienta s lékařem,
- řádně edukovat rodinné příslušníky.

ZÁVĚR

Prvním cílem bakalářské práce bylo zjistit úroveň teoretických znalostí všeobecných sester o problematice delirantních stavů u seniorů. Dalším z cílů bylo zjistit, zda sestry věnují dostatečnou pozornost péči o seniory v delirantním stavu a zda o tyto seniory pečují vhodnými způsoby. Výsledky empirického průzkumu dokazují, že přibližně u poloviny sester není úroveň teoretických znalostí problematiky péče o delirující seniory uspokojující a nastává tak nezanedbatelná potřeba stálého vzdělávání. Tyto znalosti mohou péči o seniory nejen zkvalitnit (a přímo tak seniorům částečně zmírnit psychickou zátěž při hospitalizaci), ale mohou také zabránit řadě zdravotním komplikacím a tím i následnému zbytečnému zatížení zdravotnického personálu.

V současnosti nejsou v péči o pacienty v delirantním stavu patrné žádné výrazné rozdíly mezi sestrami s různým stupněm vzdělání či s různou délkou praxe. Jediný rozdíl lze spatřit v lepší péči o tyto pacienty na anesteziologicko-resuscitačních odděleních a jednotkách intenzivní péče, což lze připsat samotné podstatě těchto oddělení. Záleží pouze na každé ze sester, zda se bude chtít sama sebevzdělávat a bude se tak například aktivně účastnit seminářů a přednášek, přečte si o této problematice některý z mnoha kvalitních článků v odborné literatuře či na internetu anebo se na tuto problematiku dotáže některého ze svých kolegů (viz položka č. 20 v kapitole 5). K tomuto účelu může částečně posloužit také námi vypracovaná edukační brožura „*Senior a delirium*“ (Příloha F).

Otázkou nadále zůstává využívání tak sporných omezovacích prostředků jako jsou kožené kurty. Z našeho dotazníkového šetření (položka č. 14 v kapitole 5) jasně vyplývá, že 27% sester zlínské nemocnice tyto kurty v praxi stále využívá.

SEZNAM LITERATURY A PRAMENŮ

Tištěné monografické publikace

HERMANOVÁ, Marie et al., 2008. *Vybrané kapitoly z péče o seniory*. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů pro Marii Hermanovou – CURATIO.

JAROŠOVÁ, Darja, 2006. *Péče o seniory*. 1. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita, Zdravotně sociální fakulta. ISBN 80-7368-110-2 .

JIRÁK, Roman et. al., 2013. *Gerontopsychiatrie*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-873-5.

JIRÁK, R., I. Holmerová, C. Borzová a kolektiv, 2009. *Demence a jiné poruchy paměti*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2454-6.

KALVACH, Z., Z. Zadák, R. Jiráček, H. Závazalová, a kolektiv, 2008. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN: 978-80-247-2490-4.

LUŽNÝ, Jan, 2012. *Gerontopsychiatrie*. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-573-2.

MATĚJOVSKÁ KUBEŠOVÁ, Hana, 2009. *Akutní stavy v geriatrici*. 1. vyd. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-620-5.

MÁTĚL, Ondřej a Milena JABŮRKOVÁ, 2007. *Kvalita péče o seniory*. 1. vyd. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-499-7.

MUSIL, Jiří, 2006. *Klinická psychologie a psychiatrie*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého. ISBN 80-244-1153-9.

POKORNÁ, A., 2010. *Komunikace se seniory*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3271-8.

POLEDNÍKOVÁ, Lubica, 2006. *Geriatrické a gerontologické ošetrovatelstvo*. Martin: Osveta. ISBN 80-8063-208-1.

RABOCH, J., P. PAVLOVSKÝ a kolektiv, 2012. *Psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-1985-9.

RAHN, Ewald a Angela MAHNKOPF, 2000. *Psychiatrie: učebnice pro studium a praxi*. Z němec. orig. přel. Jan Lorenc et al. Praha: Grada. ISBN 80-7169-964-0.

RUŽIČKA, Evžen, 2003. *Diferenciální diagnostika a léčba demencí*. 1. vyd. Praha: Galén. ISBN 80-7262-205-6.

VENGLÁŘOVÁ, Martina, 2007. *Problematické situace v péči o seniory*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2170-5.

TOPINKOVÁ, Eva, 2005. *Geriatric pro praxi*. 1.vyd. Praha: Galén. ISBN 80-7262-365-6.

Tištěné seriálové publikace

AMBLER, Z., 2012. Neurologické problémy ve starším věku. *Postgraduální medicína*, roč. 14, č. 2, s. 201-206. ISSN 1212-4184.

DOLEŽALOVÁ, I., 2011. Poruchy chování seniorského věku. *Florence*, roč. 7, č. 10, s. 7-9. ISSN 1801-464X.

HOŠKOVÁ, K., 2011. Diagnostika delirantního stavu testem MMSE. *Florence*, roč. 7, č. 7-8, s. 24-26. ISSN 1801-464X.

KONRÁD, J., 2006. Deliria (stavy zmatenosti) u geriatrických pacientů. *Česká geriatrická revue*, roč. 4, č. 2, s. 65 – 71. ISSN 1801-8661.

RESSNER, P., J., KONRÁD a P., BÁRTOVÁ. 2011. Delirium u geriatrických nemocných. *Neurologie pro praxi*, roč. 12, č. 5, s. 311-316. ISSN 1213-1814.

ŠIMEK, J., M. VENGLÁŘOVÁ a T. TOŠNEROVÁ, 2007. Sestry a delirantní stavy u hospitalizovaných nemocných. *Praktický lékař*, roč. 87, č. 5, s. 292 – 293. ISSN 0032-6739.

TOPINKOVÁ, E., 2010. Delirantní stavy u hospitalizovaných seniorů: současné diagnostické a léčebné postupy. *Medicína po promoci*, roč. 1, č. 3, s. 72-78. ISSN 1212-9445.

Elektronické seriálové publikace

KALVACH, Z., 2008. *Geriatrická křehkost – významný klinický fenomén* [online]. Gerontologické centrum v Praze. [cit. 2013-04-15]. Dostupné z: <http://medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2008/02/05.pdf>

BOHÁČEK, P. a A. NIEVERSOVÁ, 2009. *Amentně delirantní stav v následné péči* [online]. Nemocnice následné péče Ryjice. [cit. 2013-04-15]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/amentne-delirantni-stav-v-nasledne-peci>

Diplomové a disertační práce

LEFKOVÁ, P., 2009. *Delirantní stavy u hospitalizovaných seniorů z pohledu sestry*. Brno: Masarykova univerzita, Lékařská fakulta. 6 příloh. Vedoucí diplomové práce: MUDr. Jan Šlapák.

ŠLAPÁK, J., 2010. *Delirantní stavy u interně nemocných vyššího věku*. Brno: Masarykova univerzita, Lékařská fakulta. 3 přílohy. Vedoucí diplomové práce: doc. MUDr. Pavel Weber, CSc.

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A – Hodnotící škála pro diagnózu deliria – Confusion Assessment Method (CAM)	I
Příloha B – Test kreslení hodin	II
Příloha C – Test kognitivních funkcí – Mini-Mental State Exam (MMSE)	III
Příloha D – Protokol k provádění sběru podkladů pro zpracovaný bakalářské práce	IV
Příloha E – Dotazník	V
Příloha F – Brožura „Senior a delirium“	IX
Příloha G – Titulní list k rešerši	X

**Příloha A – Hodnotící škála pro diagnózu deliria – Confusion Assessment
Metod (CAM)**

**Tab. 3 Hodnotící škála pro diagnózu deliria –
Confusion Assessment Method (CAM)**

1. Akutní změna psychického stavu a jeho kolísání

Došlo u nemocného k průkazné akutní změně kognitivních funkcí oproti jeho normálnímu stavu? Kolísá toto abnormální chování nebo se mění jeho závažnost?

2. Nesoustředěnost, nepozornost

Má pacient problémy se soustředěním – ztrácí souvislost při řeči, lze snadno odvést jeho pozornost?

3. Roztříštěné (dezorganizované) myšlení

Neudrží pacient souvislou věcnou konverzaci, má nelogický a nejasný tok myšlenek, přeskakuje v konverzaci z jedné věci na druhou?

4. Alterace vědomí

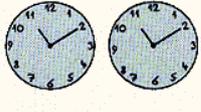
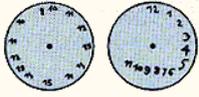
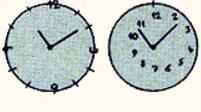
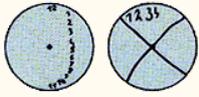
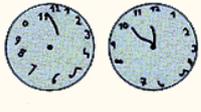
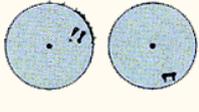
Je vědomí pacienta jasné, je bdělý, nebo naopak somnolentní, soporózní, nebo v kómatu?

HODNOCENÍ:

Uvažujte o deliriu, jestliže jsou přítomny současně body 1 a 2 a buď 3, nebo 4.

Zdroj: <http://www.tribune.cz/dta/a/o/36/60/o.png>

Příloha B – Test kreslení hodin

Jméno pacienta: Datum vyšetření:			
<h3>Test kreslení hodin</h3>			
<p>Pokyny pro provedení:</p> <ol style="list-style-type: none"> Dejte pacientovi čistý list papíru s předkresleným kruhem. Ukažte mu, kde je horní a spodní část. Pak dejte pacientovi pokyn: „ Toto mají být hodiny. Doplňte, prosím, všechna chybějící čísla a zaznamenejte čas 10 hodin a 10 minut.“ Poznamenejte si provádění (pořadí, opravy, trvání). Zhodnoťte výsledek podle níže uvedeného návodu a zaznamenejte ho spolu se jménem pacienta a datem a provedení na kresbu. Validizovaná hranice mezi normální a patologickou kresbou ve smyslu přítomnosti kognitivní poruchy/demence leží mezi 2 a 3 body. To znamená, že skóre 3 a více bodů je již patologické. 			
<p>1. Bezchybné provedení</p> <ul style="list-style-type: none"> ▲ číslice 1-12 ve správném pořadí i místě ▲ dvě ručičky ve správné poloze 		<p>4. Střední stupeň prostorové dezorganizace, takže zaznamenání času není možné</p> <ul style="list-style-type: none"> ▲ nepravidelné mezery ▲ zapomenutí číslic ▲ perseverace: opakování kruhu, číslice na jednu stranu od 12 ▲ záměna pravý-levý (číslice proti směru) ▲ dysgrafie - chybějí čitelné číslice 	
<p>2. Lehká prostorová chyba ciferníku hodin</p> <ul style="list-style-type: none"> ▲ vzdálenost mezi číslicemi nerovnoměrné ▲ číslice mimo kruh ▲ otočení papíru s otočením číslic ▲ použití pomocných čar pro lepší orientaci 		<p>5. Těžká prostorová dezorganizace</p> <ul style="list-style-type: none"> ▲ jako u skóre 4, ale silněji vyjádřeno 	
<p>3. Chybné zaznamenání času, zachované prostorové uspořádání hodin</p> <ul style="list-style-type: none"> ▲ pouze jedna ručička ▲ čas zaznaměnan slovně „10 hodin 10 minut“ ▲ čas vůbec nezaznaměnan 		<p>6. Chybí zakreslení hodin (CAVE: vylučte depresi/delirium)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▲ žádný pokus zakreslit hodiny ▲ ani vzdálená podobnost s hodinami ▲ napsáno slovo nebo jméno 	

Zdroj: http://klimes.mysteria.cz/clanky/psychologie/test_kresleni_hodin.gif

Příloha C – Test kognitivních funkcí – Mini-Mental State Exam (MMSE)

Tab. 1 - Test kognitivních funkcí - Mini-Mental State Exam (MMSE)	
Oblast hodnocení	Max. skóre
1. Orientace Položte nemocnému 10 otázek. Který je teď rok? Které je roční období? Můžete mi říci dnešní datum? Který je den v týdnu? Který je teď měsíc? Ve kterém jsme státě? Ve kterém jsme kraji? Ve kterém jsme městě? Jak se jmenuje tato nemocnice (ordinace)? Ve kterém jsme poschodí?	každá správná odpověď = 1 bod 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1
2. Paměť Vyzvěte nemocného, aby jmenoval 3 libovolné předměty (nejlépe z pokoje pacienta – např. okno, židle, tužka) a vyzve pacienta, aby je opakoval.	každá správná odpověď bez ohledu na pořadí = 1 bod 3
3. Pozornost a počítání Nemocný je vyzván, aby odečetl 7 od čísla 100 a to 5krát po sobě.	každá správná odpověď = 1 bod 5
4. Krátkodobá paměť (= vybavnost) Úkol zopakovat 3 dříve jmenované předměty.	každá správná odpověď = 1 bod 3
5. Řeč, komunikace a konstrukční schopnosti Ukažte nemocnému dva předměty (tužka, hodinky) a vyzvěte ho, aby je pojmenoval. Vyzvěte nemocného, aby po vás opakoval: „Žádám ale, jestliže a kdyby.“ Dejte nemocnému třístupňový příkaz: „Vezměte papír do pravé ruky, přeložte ho napůl a položte na podlahu.“ Dejte nemocnému přechýlený papír s nápisem „Zavřete oči.“ Vyzvěte nemocného, aby napsal smyslupnou větu (obsahující podmět a přísudek, která dává smysl). Vyzvěte nemocného, aby na zvláštní papír nakreslil obrazec podle předlohy. 1 bod, pouze jsou-li zachovány všechny úhly a průtnutí vytváří čtyřúhelník.	správná odpověď nebo splnění 1 úkolu = 1 bod 2 1 3 1 1 1
	
Celkové skóre	Max. 30 bodů
Hodnocení: 0-10 b. těžká kognitivní porucha, 11-20 b. středně těžká kognitivní porucha, 21-23 b. lehká kognitivní porucha, 24-30 b. pásmo normálu	

Zdroj: <http://img.mf.cz/961/657/a.jpg>

Příloha D – Protokol k provádění sběru podkladů pro zpracovaný bakalářské práce

Vysoká škola zdravotnická, o.p.s.
Dušková 7, 150 00 Praha 5



**PROTOKOL K PROVÁDĚNÍ SBĚRU PODKLADŮ
PRO ZPRACOVÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE**

(součástí tohoto protokolu je, v případě realizace, kopie plného znění dotazníku, který bude respondentům distribuován)

Příjmení a jméno studenta	KRAČÁLOVÁ ALENA	
Studijní obor	VŠEOBECNÁ SESTRA	Ročník 3.
Téma práce	DELIRANTNÍ STAVY VE STARŠÍ JAKO OŠETŘOVATELSKÝ PROBLÉM	
Název pracoviště, kde bude realizován sběr podkladů	KJTB a.s. Žoň Havliczkova nábřeží 600, Žoň 462 15	
Jméno vedoucího práce	MGR. JANA KOČÍ	
Vyjádření vedoucího práce k finančnímu zatížení pracoviště při realizaci výzkumu	Výzkum <input type="radio"/> bude spojen s finančním zatížením pracoviště <input checked="" type="radio"/> nebude spojen s finančním zatížením pracoviště	
Souhlas vedoucího práce	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím	podpis
Souhlas náměstkyně pro ošetrovateľskú péču	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím	podpis

Ve ...Žoň... dne 11.3.2013

podpis studenta

Příloha E – Dotazník

Dotazník

Milá kolegyně, milý kolego,

jsem studentkou 3. ročníku Vysoké školy zdravotnické o.p.s., Praha 5, obor Všeobecná sestra. Obracím se na Vás s prosbou o vyplnění následujícího dotazníku. Odpovědi jsou anonymní a veškeré údaje, které zde budou uvedeny, poslouží výhradně pro účely mé bakalářské práce s názvem: *„Delirantní stavy ve stáří jako ošetrovatelský problém“*.

Prosím Vás o pravdivé zodpovězení všech otázek zakroužkováním. Pokud není uvedeno jinak, označte pouze jednu odpověď.

Předem děkuji za Váš čas a spolupráci.

Alena Kráčalová, DiS.

-
1. Na jakém oddělení pracujete?
 - a) na standardním oddělení
 - b) na anesteziologicko-resuscitačním oddělení; jednotce intenzivní péče
 - c) na oddělení následné péče

 2. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?
 - a) středoškolské
 - b) vyšší odborné
 - c) vysokoškolské bakalářské
 - d) vysokoškolské magisterské

 3. Jak dlouho pracujete ve zdravotnictví?
 - a) méně než 2 roky
 - b) 2 - 5 let
 - c) 6 - 10 let
 - d) více než 11 let

 4. Znáte pojem křehký senior?
 - a) ano
 - b) ne

 5. Setkal/a jste se někdy se seniorem, který se nacházel v delirantním stavu?
 - a) ano
 - b) ne
 - c) nevím jistě, zda se jednalo o delirantní stav

Příloha E – Dotazník - pokračování

6. Jestliže jste na předchozí otázku odpověděl/a „ano“:
Kde poprvé jste přišel/a do kontaktu se seniorem v delirantním stavu?
- již během studijní praxe
 - v zaměstnání
 - mimo zdravotnictví (např. v rodině)
7. Jaká je správná definice slova „DELIRIUM“?
- porucha osobnosti
 - akutní stav zmatenosti
 - porucha vnímání jedince
 - Alzheimerova choroba
 - porucha chování
8. Které z uvedených příčin mohou vést u seniora k delirantnímu stavu?
(možnost výběru více odpovědí)
- nedostatečné prokrvení mozku
 - senzorická deprivace včetně imobilizace
 - užívání či náhlé vysazení psychofarmak
 - snížená diuréza
 - ebrieta
 - nedostatek spánku
 - pooperační stav či stav krátce po úrazu
9. Jaké jsou typické příznaky u delirantního stavu?
(možnost výběru více odpovědí)
- agresivita
 - nevolnost
 - neklid
 - porucha myšlení, paměti a orientace
 - dehydratace
10. Jaký je prvotní příznak deliria u seniorů?
- dezorientace vlastní osobou
 - porucha paměti
11. Považujete za důležité vést u seniorů bilanci tekutin?
- ano
 - ne
 - záleží na aktuálním zdravotním stavu seniora, nebo na předpokládané délce hospitalizace

Příloha E – Dotazník - pokračování

12. Jestliže máte na oddělení seniora, u kterého se vyvíjí delirantní stav, co uděláte nejdříve?
- zajistím bezpečí seniora
 - neprodleně informuji lékaře
 - nasadím medikamentózní léčbu
 - zajistím dostatečný příjem tekutin
 - dostatečně edukuji seniora o jeho stavu
13. Dovoluje Vám pracovní vytížení věnovat dostatečnou péči seniorům v delirantním stavu?
- ano
 - spíše ano
 - spíše ne
 - ne
14. Jaké bezpečnostní pomůcky používáte u seniora, je-li neklidný?
(možnost výběru více odpovědí)
- postranice
 - měkké kurty
 - kožené kurty
 - žádné z výše uvedených
15. Které z uvedených léků jsou vhodné k tlumení seniora, který je v delirantním stavu?
- Haloperidol
 - opiáty
 - Heminevrin
 - Tiapridal
 - žádné z výše uvedených
16. Setkal/a jste se s postupy, jak správně pečovat o seniory?
- ano, v dostatečné míře
 - ano, ale v nedostatečné míře
 - ne
17. Považujete delirium ve stáří za závažný ošetrovatelský problém?
- ano
 - ne
18. Domníváte se, že si lékaři na vašem oddělení dostatečně uvědomují závažnost delirantních stavů u seniorů?
- ano
 - ne

Příloha E – Dotazník - pokračování

19. Domníváte se, že hospitalizace v nemocničním zařízení způsobuje seniorům velkou psychickou zátěž?
- a) ano
 - b) spíše ano
 - c) spíše ne
 - d) ne
20. Kde byste se převážně snažil/a získat více informací o problematice delirantních stavů?
- a) u lékaře
 - b) u vrchní či staniční sestry
 - c) v nemocniční knihovně
 - d) na internetu

Příloha F – Brožura „Senior a delirium“

<p style="text-align: center;">Senior a delirium</p> <p style="text-align: center;">Informační brožura pro všeobecné sestry</p> <p style="text-align: center;">Autor: Alena Kráčalová, DiS.</p>	<p>Co je to delirium?</p> <p>Delirium = akutní stav zmatenosti</p> <p>Jedná se o komplexní psychickou poruchu, zpravidla krátkě trvající a akutně kompenzovaných osob. Pacient obvykle trvá v zmatené a nepřiměřené úroveň a prodlužuje délku jeho hospitalizace.</p> <p>Koho delirium převážně postihuje?</p> <ul style="list-style-type: none">- pacienti starší 65 let- ochablé pacienti vyžadující velkou péči (starší)- pacienti s poruchou kognitivních funkcí, včetně parkinsoni- terminálně nemocní- těžce nemocní pacienti, včetně pacientů uměle dýchajících <p>Kde se s pacientem v delirantním stavu můžeme setkat?</p> <ul style="list-style-type: none">- při péči přijetí do zdravotnického zařízení- na neurologicko-geriatrických odděleních a na jednotkách intenzivní péče- na chirurgických odděleních (především po srdečních, mozkových, nitrobráněných a ortopedických chirurgických výkonech)- na interních, onkologických a geriatrických odděleních a na odděleních intenzivní péče
<p>Jak se delirium projevuje?</p> <ul style="list-style-type: none">- kvalitativní porucha vědomí (středně těžká dezorientace porucha řeči)- akutní bezčasová- porucha vnímání (halucinace)- celkový záklidavý vzhled i v poloze, změny vedutní funkce (agrese nebo deprese)- porucha spánku (prodloužený spánek, někdy i broučková)- u některých pacientů navíc doprovodnou poruchou intelektu (demenze) <p>Jaká je vhodná léčba deliria?</p> <ul style="list-style-type: none">- zajištění dostatečné péče osobou s vyvíjenou výživou- dementní psychosociální léčba a úroveň (využitím léků neuroleptik - např. Tápředek, Melpem, Hloperidol, ...)- zlepšení obrazu těla v zmatené (využitím léků neuroleptik - např. Fencoson)- správné prostředí a podmínky na oddělení (např. rozsvícení světla na noc, zorientování a zkontrolování personálu, zneškodnění přívazů pacientů)- zneškodnění čístečnické jednotky : rodina a přátelé	<p>Jaké je vhodné prevence deliria?</p> <ul style="list-style-type: none">- do dřívější léčby zdravotních problémů pro lepší přizpůsobení osobnosti- pravidelná a správná užívání předepsaných léků- dbát na správnou výživu a pitný režim- zajištění odpočinku : rodina a přátelé- klidný a empatický přístup zdravotnického personálu <p style="text-align: center;">Alena Kráčalová, DiS. Edukační brožura je součástí bakalářské práce : matriky „Delirium : nový vztah jako sestra a okolí pro léčení“ Vysoká škola zdravotnická, o.p.s. Dušova 7, Praha 5 Praha 2013</p>

Příloha G – Titulní list k rešerši

TITULNÍ LIST K REŠERŠI

Zadala	Alena Kráčalová
Téma	Delirantní stavy ve stáří jako ošetrovatelský problém
Téma anglicky	Delirium in old age as a nursing problem
Klíčová slova	delirium, ošetrovatelství, stáří, geriatricie, zmatenost
Druh dokumentů	články, sborníky
Použité prameny	BMČ, Caslin, JIB, EIZ
Jazyk	čeština
Počet záznamů	30 / 5 stran A4

Vypracoval Krajská nemocnice T. Bati, a. s.
Středisko vědeckých informací
Havlíčkovo nábřeží 600
762 75 Zlín
IČ: 27661989
DIČ: CZ27661989

Krajská nemocnice T. Bati, a. s.
Středisko vědeckých informací
Havlíčkovo nábřeží 600
762 75 Zlín

