

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

## 3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA

*Ústav ošetřovatelství*



**Blanka Novotná**

### **Ošetřovatelská péče o pacientku s dg. delirium nasedající na demenci**

*Nursing Care of a Patient with Diagnosis Delirium in  
Dementia*

*Bakalářská práce*

Praha, červenec 2012

Autor práce: Blanka Novotná

Studijní program: Ošetřovatelství

Bakalářský studijní obor: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: **MUDr. Tamara Tošnerová**

Pracoviště vedoucího práce: **Ústav ošetřovatelství 3. LF**

Předpokládaný termín obhajoby: **5.9.2012**

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci vypracovala samostatně a použila výhradně uvedené citované prameny, literaturu a další odborné zdroje. Současně dávám svolení k tomu, aby má bakalářská práce byla používána ke studijním účelům.

Prohlašuji, že odevzdaná tištěná verze bakalářské práce a verze elektronická nahraná do Studijního informačního systému – SIS 3.LF UK jsou totožné.

V Praze dne 24. července 2012

Blanka Novotná

## **Poděkování**

Na tomto místě bych ráda poděkovala MUDr. Tamaře Tošnerové a MUDr. Richardu Krombholzovi za vstřícnost a laskavé vedení při zpracování bakalářské práce.

# Obsah

ÚVOD.....	5
<b>1. KLINICKÁ ČÁST.....</b>	<b>7</b>
<b>1.1 Demence.....</b>	<b>7</b>
1.1.1 Etiologie a výskyt.....	7
1.1.2 Základní klinické příznaky.....	8
<b>1.2 Vědomí.....</b>	<b>10</b>
<b>1.3 Delirium.....</b>	<b>12</b>
1.3.1 Patogeneze.....	13
1.3.2 Etiologie.....	13
1.3.3 Klinický obraz.....	15
1.3.4 Diagnostika.....	16
1.3.5 Terapie.....	18
1.3.6 Prevence.....	18
<b>2. OŠETŘOVATELSKÁ ČÁST.....</b>	<b>20</b>
<b>2.1 Možnosti předcházení vzniku deliria.....</b>	<b>20</b>
2.1.1 Hydratace.....	20
2.1.2 Výživa.....	21
2.1.3 Aktivita a společenské kontakty.....	22
2.1.4 Úprava prostředí.....	22
2.1.5 Korekce smyslových deficitů.....	23
<b>2.2 Ošetrovatelská péče při rozvinutém deliriu.....</b>	<b>24</b>
2.2.1 Souhlas s poskytováním zdravotních služeb.....	25
2.2.2 Neklid a problémové chování.....	26
2.2.3 Použití omezovacích prostředků.....	27
<b>2.3 Teorie základní ošetrovatelské péče podle V. Hendersonové...30</b>	
<b>3. KAZUISTIKA.....</b>	<b>33</b>
3.1 Výpis z lékařské anamnézy.....	34
3.2 Příjmové lékařské vyšetření.....	35
3.3 Ošetrovatelská anamnéza.....	37
3.4 Krátkodobý plán ošetrovatelské péče.....	44
3.5 Dlouhodobý plán ošetrovatelské péče.....	49
<b>ZÁVĚR.....</b>	<b>51</b>
<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....</b>	<b>52</b>
<b>SEZNAM PŘÍLOH.....</b>	<b>54</b>
<b>PŘÍLOHY.....</b>	<b>55</b>

## Úvod

Cílem této práce je zpracování případové studie ošetrovatelské péče o pacientku s diagnózou delirium nasedající na demenci v podmínkách akutního gerontopsychiatrického oddělení psychiatrické léčebny.

V klinické části je popsána etiologie a patogeneze deliria, jeho klinické projevy, diagnostika, terapie a možnosti prevence. V části ošetrovatelské jsou obecně popsány ty složky péče, které mohou přispět k předcházení rozvoje delirantního stavu, a dále specifické situace v péči o delirující pacienty. Rovněž je zde stručně charakterizován model základní ošetrovatelské péče V. Hendersonové, podle něhož byla zpracována kazuistika.

V předkládané kazuistice jsou nejprve zhodnoceny základní potřeby pacientky s deliriem. Na základě hodnocení jsou stanoveny ošetrovatelské diagnózy a určeny ošetrovatelské intervence. Součástí kazuistiky je též nástin dlouhodobého plánu ošetrovatelské péče o pacientku.

Problematiku péče o pacienty s deliriem považuji za velmi významnou, protože se týká vysoce zranitelné skupiny pacientů a současně představuje jednu z nejnáročnějších oblastí psychiatrické ošetrovatelské péče.

# 1. Klinická část

Delirium nasedající na demenci představuje závažnou kvalitativní poruchu vědomí a kognitivních funkcí. V klinické části proto budu nejprve stručně charakterizovat pojmy demence a vědomí, poté se budu podrobněji zabývat deliriem.

## 1.1 Demence

Demence jsou řazeny mezi organické duševní poruchy, tedy poruchy podmíněné přítomností onemocnění mozku, obvykle chronického a progredujícího. Může se jednat o poškození primární, tedy makroskopické nebo mikroskopické morfologické postižení mozku způsobené neurodegenerativním nebo vaskulárním onemocněním, neuroinfekcemi, traumaty a tumory mozku. Sekundární postižení vzniká v důsledku systémových onemocnění, která postihují také CNS, nebo onemocnění jiné lokalizace, která však vedou k alteraci funkce CNS. Do této skupiny příčin patří například chronické intoxikace návykovými látkami, hypoxie při srdečním selhávání, selhání jater či ledvin. [3]

### 1.1.1 Etiologie a výskyt

Ke vzniku demence vede více než 60 chorob, z nichž některé vyústí v demenci vždy, jiné jen někdy. Podle příčiny rozlišujeme dvě skupiny demencí: demence na podkladě atroficko-degenerativního onemocnění mozku a demence symptomatické. [1]

Demence na podkladě atroficko-degenerativních změn jsou spojeny s tvorbou a ukládáním patologických bílkovin v buňkách mozku (především beta-amyloidu anebo tau-proteinu), což vede ke snížení tvorby a uvolňování neurotransmiterů, k poruchám činnosti buněk na různých úrovních a k jejich postupnému zániku. Nejznámější demence tohoto typu je demence u Alzheimerovy choroby (v čisté podobě představuje asi 50% všech

demencí). Do této skupiny dále řadíme např. demenci s Lewyho tělísky a demence u Parkinsonovy a Huntingtonovy choroby. [1]

Podkladem symptomatických demencí jsou systémová onemocnění, intoxikace, nádorová onemocnění, metabolické poruchy apod. Největší skupinu symptomatických demencí tvoří demence vaskulární, vznikající na základě porušeného cévního zásobení mozku, nejčastěji v podobě drobných mnohočetných infarktů. [1]

Vzhledem k celosvětovému trendu stárnutí populace se demence stává jedním z nejčastějších onemocnění. Prevalence demence v České republice je přibližně 1%, ve věkové kategorii nad 65 let je to však už 5% a v populaci obyvatel starších než 85 let dokonce 30-50%. Věk je tedy hlavním rizikovým faktorem demencí. [1]

### **1.1.2 Základní klinické příznaky**

Vyvolávající onemocnění v některých případech může do určité míry modifikovat projevy a průběh demence, základní soubor příznaků, charakterizujících demenci však zůstává stejný, můžeme tedy hovořit o syndromu demence. Jeho základní příznaky se dělí do tří skupin, které se vzájemně prolínají.

#### **Porucha kognitivních funkcí**

Většina demencí se projeví nejprve poruchami **paměti**. Nejčastěji bývá porušena vstřípivost, tj. zapamatování nových paměťových obsahů. Postižena může být též výbavnost; pacienti si vybavují nepřesně, vzpomínky jsou zkreslené, časově špatně zařazené, případně vydávají cizí zážitky za své apod. U kortikálních demencí (např. Alzheimerova choroba) bývá narušena především deklarativní paměť, tedy ty obsahy paměti, které lze vyjádřit slovy, zatímco u demencí subkortikálních (demence u Parkinsonovy nebo Huntingtonovy choroby) je výrazněji porušena paměť procedurální, jejímž obsahem jsou motorické a řečové dovednosti, podmíněné reflexy apod. Postižení této složky paměti se pak projevuje spíše jako neobratnost, nešikovnost. [1,2]



Poruchy **pozornosti** jsou dalším významným projevem demencí. Manifestují se jako roztržitost, neschopnost soustředit se na více objektů, kolísání pozornosti. Poruchy pozornosti jsou důležité i z hlediska bezpečí pacientů, mohou vést například k přehlédnutí přijíždějícího auta při přecházení ulice, odložení utěrky na zapálený plynový hořák apod.

Poruchy **myšlení** a **řečových funkcí** souvisí úzce s poruchami paměti. Myšlení je zpočátku narušeno zejména v oblasti abstrakce a logického uvažování, pacienti ztrácejí soudnost, nesprávně odhadují své možnosti. Později se rozvíjejí poruchy ve smyslu zpomaleného, nesouvislého, ulpívavého či zabíhavého myšlení. U demencí se často objevují paranoidně-perzekuční bludy, pacienti bývají přesvědčeni, že je někdo okrádá, odposlouchává, zamořuje jim byt plyny apod. Bludy bývají nesystematické a nelogické. V pozdějších fázích onemocnění se rozvíjejí fatické poruchy, pacienti nejsou schopni srozumitelně vyjádřit své myšlenky a potřeby a/nebo nejsou schopni porozumět tomu, co je jim sdělováno.

S uvedenými poruchami dále souvisí porucha **orientace**, především v čase a prostoru. V těžkých stádiích demence se přidává i dezorientace vlastní osobou.

Porucha **exekutivních funkcí** se projeví neschopností naplánovat a uskutečnit jakoukoli složitější činnost. Pacienti nedokážou správně seřadit jednotlivé kroky, vykonat složitější úkony, je porušena motivace. [2]

### **Postižení aktivit denního života**

Postižení aktivit denního života významně souvisí se zmíněnou poruchou exekutivních funkcí. V počátečních fázích demence jsou postiženy především složité profesní aktivity, postupně se postižení rozšiřuje na instrumentální aktivity denního života (nakládání s penězi, používání hromadné dopravy, nakupování apod.) a nakonec i na základní aktivity, jako je schopnost se samostatně najíst, obléknout, udržovat osobní hygienu. V těžkých stádiích demence je tak pacient zcela odkázán na péči druhých osob. [1]

## **Behaviorální a psychologické příznaky**

Behaviorální poruchy (poruchy chování) se obvykle objevují ve středních a těžkých stadiích demence. U demencí frontotemporálních však bývají prvním příznakem onemocnění. Nejčastější bývají stavy různě intenzivního neklidu, projevující se neúčelným přecházením, přenášením a překládáním věcí, svlékáním se, blouděním apod. Neklid může být spojen s agresivními projevy různého stupně, od vykřikování a nadávání až po fyzické napadení. [1]

U demencí jsou časté rovněž poruchy emocí, obvykle přechodného a kolísavého rázu. Projevují se jako záchvaty vzteku nebo naopak smutku s pláčem, u dementních pacientů se často vyskytuje deprese. [1]

Pacienti s demencí mívají též narušený spánek. Především dochází k posunu cyklu spánek – bdění, pacienti později usínají a později se probouzejí. Může dojít až k úplné spánkové inverzi, kdy ve dne spí a v noci jsou bdělí. Vyskytují se rovněž poruchy spánku ve smyslu nespavosti, méně často nadměrné spavosti. [1]

Poruchy chování představují velkou zátěž také pro pečující, mohou pro ně být zdrojem frustrace, pocitu neschopnosti a selhání v péči, mohou nepříjemně a nepříznivě ovlivnit vztah pečovatelů k pacientovi.

## **1.2 Vědomí**

### **Anatomicko – fyziologický úvod**

Vědomí není lokalizováno pouze v jediné oblasti mozku, ani pouze ve vývojově a hierarchicky nejvyšších oblastech. Pro jeho správnou funkci je nezbytná integrace korových i podkorových oblastí. Poruchy funkce a integrace těchto oblastí vedou k alteraci vědomí. [3]

Integraci korových a podkorových oblastí zajišťuje retikulární formace. Jde o fylogeneticky starou síť vzájemně mnohočetně propojených neuronů, která prostupuje mozkovým kmenem a mezimozkem. Neurony

retikulární formace integrují vzruchy ze všech senzorických drah, z limbického systému, mozečku i mozkové kůry. Tyto signály zde ztrácejí svůj specifický informační význam a dostávají nespecifický budivý či tlumivý charakter. Retikulární formace se dělí na dva funkční systémy, descendentní (sestupný) a ascendentní (vzestupný). [4]

Descendentní retikulární formace má vztah především k hybnosti, k udržení vzpřímeného postoje a polohy těla.

Ascendentní retikulární formace získává informace ze všech senzorických drah. Je oboustranně spojena s mozkovou kůrou a svou budivou aktivitou udržuje bdělost, případně zajišťuje přechod ze spánku do bdělého stavu. [4]

Neurony retikulární formace vytvářejí jádra nestejně velikosti, která se dělí na mediální, střední a laterální. Mediální jádra zajišťují střídání spánku a bdění a všeobecnou aktivaci mozkové kůry. Střední jádra vysílají dráhy do oblastí limbického systému, které se podílejí na kognitivních funkcích. Mají modulační roli při rozlišení událostí, které jsou nebo nejsou relevantní pro chování. Některé zpracovávané informace jsou zesíleny (jsou významné), jiné jsou naopak potlačeny. Laterální jádra rovněž ovlivňují limbický systém. Předpokládá se jejich vliv na kontrolu pozornosti a trvalé monitorování vnitřního i vnějšího prostředí. [3]

## **Charakteristiky a hodnocení stavu vědomí**

Vědomí je charakterizováno těmito funkcemi:

- **vigilita** (bdělost): odpovídá kolísání stavu vědomí v rozmezí bdělého stavu a odráží funkci retikulární formace; vigilita obvykle dosahuje maxima několik hodin po probuzení, klesá po obědě a znovu stoupá v pozdním odpoledni, u některých jedinců dosahuje dalšího vrcholu mezi 21. a 23. hodinou;
- **lucidita** (jasnost): je dána schopností uvědomit si sebe sama a své vnitřní mentální stavy; podmínkou lucidity je schopnost CNS integrovat všechny psychické funkce;
- **kapacita** (rozsah): určuje míru schopnosti vnímat události a jevy, které se odehrávají kolem nás;

- **idiognoze**: schopnost přiřadit obsah vědomí k vlastnímu „já“ a odlišit jevy, které jsou mimo jedince
- **sebeuvědomování**: schopnost zaujímat postoj k vlastnímu chování a jednání; zahrnuje také hodnocení vlastní osoby na základě posuzování jiných lidí. [3]

Stav vědomí v psychiatrii nejčastěji hodnotíme pomocí **orientovanosti** pacienta, která je ovšem podmíněna také funkcí paměti, vnímání, myšlení apod. Orientovanost dělíme na:

- autopsychickou, tj. orientovanost vlastní osobou
- alopsychickou, tj. orientovanost místem, časem a situací
- somatopsychickou, tj. orientovanost ve vlastním tělesném schématu

K fyziologickým změnám vědomí řadíme především spánek, patologické změny dělíme na kvantitativní a kvalitativní.

Kvantitativní poruchy vědomí se týkají především vigily vědomí. Podle hloubky rozlišujeme somnolenci, sopor, kóma a mdlobu.

Při kvalitativních poruchách vědomí je vigilita zachována, dochází však k alteraci psychických funkcí jako je schopnost vlastní identifikace, vnímání, myšlení, paměť atd. Nejdříve bývá narušena orientovanost časem, později místem a situací. Ztráta orientace vlastní osobou se objevuje až v nejtěžších případech. Kvalitativní poruchy vědomí se dělí na delirium, obnubilaci a poruchu idiognoze. [3]

### **1.3 Delirium**

Pojem delirium je odvozen z latinského *delirare* – blouznit. Českým ekvivalentem je *stav zmatenosti*. Zde dochází i u profesionálních pečovateli k nedorozuměním, když slovem zmatenost označují dezorientaci. Dezorientovaný nebo špatně orientovaný člověk však nemusí být zmatený, tj. nemusí mít poruchu vědomí. [1]

Delirium jako nozologická jednotka (F05) je řazeno mezi organické duševní poruchy. Jeho základem je různě intenzivní kvalitativní porucha vědomí, doprovázená poruchami dalších psychických funkcí a poruchami

chování. Pro deliria je charakteristický náhlý vznik, bouřlivý průběh, většinou kratší trvání (hodiny, dny až týdny). Deliria nasedající na demenci však mohou probíhat i velmi nenápadně, často také dochází ke střídání hyperaktivních a hypoaktivních stavů. Deliria jsou stavy přechodné, ale často recidivující. [3]

Deliria, zejména u starších osob, představují špatné prognostické znamení, vedou ke ztrátě soběstačnosti i vyšší mortalitě. Významně zhoršují kvalitu života pacientů i jejich pečovateli. [2,3]

### **1.3.1 Patogeneze**

Delirium vzniká generalizovanou redukcí oxidačních pochodů a neurotransmitterovou dysbalancí v mozku. V nervových buňkách dochází k narušení metabolismu, poruchám permeability membrán, závažným změnám koncentrace iontů, množství vody, osmolarity a pH. Snižuje se syntéza neurotransmiterů, především acetylcholinu.

Zvýšené riziko rozvoje deliria u starších jedinců je dáno jednak sníženou aktivitou acetylcholinového systému, jednak selektivním ztrátou některých populací neuronů v ascendentním retikulárním aktivačním systému. [3]

### **1.3.2 Etiologie**

Delirium představuje nescifickou odpověď na různé příčinné faktory nebo jejich kombinaci. Tyto faktory působí jako dekompenzující stresory, které by samy o sobě nemusely způsobit závažné problémy, u oslabených jedinců – seniorů, těžce nemocných, umírajících – však mohou přispět k rozvoji deliria. Zvláště časté je delirium u dětí a osob starších 60 let, kde ke vzniku deliria přispívá také nezralost, resp. oslabení kompenzačních mechanismů. Čím zranitelnější je organismus, tím menší příčina a nižší zátěž stačí k vyvolání deliria. Příkladem může být hospitalizace starších osob. Představuje souběh řady faktorů, které mohou delirium vyvolat – závažné onemocnění, zátěž vyvolaná operačním zákrokem a anestezií, imobilizace,

změna prostředí a odloučení od blízkých osob. Delirium postihne během hospitalizace až 60% geriatrických pacientů. [1,2]

Mezi **organické příčiny** deliria patří atroficko–degenerativní onemocnění mozku, mozkové tumory a traumata mozku. Organická postižení vedou jednak k poruchám metabolismu CNS, jednak k poruchám kognitivních funkcí. Na tento terén pak nasedají dekompenzující stresory.

Jako **somatogenní příčiny** se uplatňují systémová tělesná onemocnění, která vedou k hypoxii CNS (např. ischemická choroba srdeční, plicní emfyzém, arterioskleróza, anémie) nebo k poruše mozkového metabolismu (např. jaterní a ledvinové selhání, hypoglykemie). Deliria se vyskytují také v terminálních stádiích různých onemocnění. Významným etiologickým faktorem deliria je dehydratace (též spojená s průjmy a zvracením), poruchy výživy a retence moči.

Vyvolávající příčinou deliria může být rovněž **infekční onemocnění**, které je provázeno vysokou horečkou. Horečnatá deliria jsou častá především u dětí a starých lidí. Delirantní stavy provázejí pneumonie, břišní tyfus, meningitidy a encefalitidy, objevují se též při chřipkových onemocněních.

K rozvoji deliria přispívají také **intoxikační faktory**. Běžná jsou deliria v rámci odvykacích stavů po odnětí alkoholu nebo jiné návykové látky. Delirantní stav však může vzniknout i po terapeutickém podání některých léků, zejména u vnímavých jedinců s organickým postižením mozku. Nebezpečné jsou v tomto smyslu především anticholinergní léky, např. často užívaná tricyklická antidepresiva. [2,3]

Také možnost navození psychických poruch farmaky, určenými primárně k léčbě nepsychiatrického onemocnění, bývá v diferenciálně diagnostických rozvahách opomíjena. Farmakologicky navozená zmatenost, halucinace a poruchy nálady, zejména ve smyslu deprese, byly popsány u antiparkinsonik (levodopa, biperiden), nesteroidních antirevmatik, starších typů H<sub>2</sub>-blokátorů (ranitidin, cimetidin) a kardiotonik (digitalis). [5]

Riziko zvyšuje také současné podávání velkého množství léků, které je u starších pacientů velmi běžné. [2]

**Psychosociální stresory** se uplatňují především u jedinců s predispozicí v podobě organické poruchy mozku a/nebo somatického onemocnění. Rizikovým faktorem je rovněž vyšší věk. Typickým stresorem, zejména u starších osob, je náhlá změna prostředí (např. hospitalizace, umístění do domova pro seniory), odloučení od blízkých osob, pohybové omezení (včetně imobilizace v lůžku).

K rozvoji deliria přispívá sensorická deprivace nebo naopak zahlcení podněty, smyslové bariéry. [2,3]

Deliria velmi často nasedají na demence, nejsou však jejich součástí. Dělí se proto na deliria bez přítomnosti demence (F05.0) a deliria nasedající na demenci (F05.1). I u delirií nasedajících na demenci je však třeba pomyslet na zhoršení somatického stavu, vliv nevhodné medikace nebo jiné precipitující faktory. [2]

### **1.3.3 Klinický obraz**

Klinický obraz delirií je velmi různorodý. Typický bývá náhlý začátek, většinou večer a v noci. Stav v čase kolísá. V pobytových zařízeních se často projevuje tzv. syndrom soumraku: se západem slunce se u nemocných, kteří jsou přes den bdělí, objevují delirantní stavy. Hovoříme o tzv. tranzitorním deliriu. [2]

V popředí je kvalitativní porucha vědomí, jejíž intenzita také může kolísat. Pacient je dezorientovaný převážně časem a místem, méně často osobou, nedokáže pochopit situaci. Je narušena pozornost, pacient není schopen se delší dobu zaměřit na jeden objekt, sledovat dotazy ošetřujícího personálu. Jsou přítomny poruchy krátkodobé paměti i konsolidace paměti. Pacient má na období deliria úplnou amnézii nebo jsou jeho vzpomínky ostrůvkovité, případně zkreslené. Častý je výskyt poruch vnímání v podobě iluzí až halucinací a poruch myšlení v podobě bludů. Bludná produkce mívá převážně paranoidně-perzekuční obsah, bludy jsou nesystematické. Psychotické příznaky se objevují až u 40% pacientů. [2]

Významným projevem jsou poruchy emotivity. Nemocní bývají úzkostní, někdy depresivní. Může se objevit verbální i brachiální agresivita, nebo naopak emoční útlum doprovázený stereotypními pohyby. [2]

Podle převládajícího klinického obrazu dělíme deliria do tří typů:

**Hyperaktivní forma deliria** - pacient má zvýšené psychomotorické tempo, je neklidný, bezcílně přechází, křičí apod.; častěji se objevují psychotické příznaky v podobě halucinací a bludů; časté jsou i projevy agrese a autoagrese (vytrhávání katetrů, strhávání obvazů apod.); etiologicky se u této formy uplatňují zejména toxické látky (alkohol, drogy, nevhodné léky), ev. jejich náhlé odnětí; hyperaktivní forma představuje asi 15% delirií.

**Hypoaktivní forma deliria** - pacient se chová nenápadně, bývá výrazně dezorientován místem a časem, ale snaží se vyznat v situaci; někdy bývá letargie; etiologicky se častěji uplatňují metabolické faktory; hypoaktivní forma představuje asi 20% delirií, je častá u geriatrických pacientů a pro svou nenápadnost bývá přehlédnuta.

**Smíšená forma deliria** - nejčastější; hyperaktivní a hypoaktivní projevy se střídají, intenzita poruchy vědomí kolísá; etiologicky se zde často podílí multimorbidita a léková polypragmázie. [2]

#### 1.3.4 Diagnostika

Včasným rozpoznáním nastupujícího deliria můžeme předejít zhoršování stavu a zmírnit zátěž, kterou delirium pro pacienta představuje. U pacientů s demencí však bývá někdy obtížné rozlišit, které příznaky patří k demenci a které již ukazují na delirantní stav.

Velmi důležitým faktorem je znalost pacienta, jeho anamnézy i současných projevů a chování. Zde má významnou roli sestra, která má možnost být s pacientem v častém a pravidelném kontaktu a může si nejdříve všimnout jemných změn. Velkou hodnotu mají rovněž informace členů pacientovy rodiny.

Hlavním diagnostickým nástrojem je klinické vyšetření. Zjištěné skutečnosti je pak třeba posuzovat v kontextu celkového stavu pacienta.

Základní diagnostická kritéria pro delirium jsou následující:



- snížená schopnost udržet pozornost vůči vnějším podnětům
- **dezorganizace myšlení** (inkoherece, neadekvátní reakce, roztěkanost apod.)
- přítomnost alespoň **2 z následujících projevů**:
  - snížená úroveň vědomí
  - poruchy vnímání
  - poruchy cyklu spánek – bdění
  - zvýšené nebo snížené psychomotorické tempo
  - dezorientace v čase, místě a/nebo osobě různého stupně
  - poruchy paměti různého stupně
- stav se **rozvíjí během krátké doby** (hodiny až dny)
- **kolísání během dne** (častěji po setmění nebo v noci)
- **důkaz specifického organického faktoru** vyvolávajícího delirium, nebo důvodný předpoklad takového faktoru.[1]

Pro diferenciální diagnostiku mezi deliriem a demencí jsou významná kritéria uvedená v následující tabulce [1]:

	delirium	demence
začátek	akutní, v noci; neklid; kolísání během dne; lucidní intervaly	pozvolný, stav během 24 hodin stabilní
trvání	hodiny až týdny	měsíce až roky
průběh	fluktuující v průběhu 24 hodin, zhoršení v noci	relativně stabilní
vědomí	porušené	jasné
spánek	spánková inverze	dobrý, někdy fragmentovaný
myšlení	dezorganizované	zchudlé
vnímání	iluze a halucinace velmi časté	iluze a halucinace relativně vzácné

Možnosti laboratorního stanovení markerů deliria jsou zatím ve stadiu výzkumu a vývoje. Laboratorní vyšetření mají význam pro posouzení možného precipitujícího faktoru (metabolická dysbalance, zánět),

zobrazovací vyšetření zase pro diferenciální diagnostiku při podezření na intrakraniální příčinu (trauma, tumor). [2]

### 1.3.5 Terapie

Terapie delirií musí být komplexní. Je třeba pátrat po somatické příčině deliria a tuto léčit, dále je nutné určit a odstranit vyvolávající faktory (dehydratace, malnutrice, medikace, vliv prostředí apod.).

Ve farmakoterapii delirantních stavů jsou používána neuroleptika, přednostně atypická, u kterých je nižší riziko nežádoucích účinků. Dávka může být rozložena do několika denních dávek, pokud se deliria vyskytují i během dne. Při nočním výskytu delirií se léky podávají obvykle na noc. Nejčastěji používaná farmaka jsou tiaprid (Tiapridal), melperon (Buronil), risperidon (např. Risperdal) a olanzapin (např. Zyprexa). U delirií spojených s přetrvávajícím neklidem je užíván haloperidol. [3]

Velmi významné jsou též nefarmakologické zásahy, týkající se zajištění bezpečnosti pacienta, kompenzace smyslových deficitů, úpravy prostředí apod. Podpurná léčba zahrnuje zajištění dostatečné hydratace a alimentace, psychoterapeutický přístup a reorientaci pacienta. V této části léčby hraje významnou roli ošetrovatelský personál, proto bude podrobněji popsána v ošetrovatelské části práce.

### 1.3.6 Prevence

Identifikací rizikových faktorů, zachycením časných projevů hrozícího deliria a odpovídajícím nastavením péče je možné do určité míry rozvoji delirantních stavů předcházet. Kromě vlastních faktorů vzniku deliria je důležité také vymezení rizikových pacientů, kteří jsou deliriem zvýšeně ohroženi vzhledem k situaci, např. při zátěži, po operaci, při zánětlivém onemocnění apod.

Mezi **rizikové faktory** řadíme zejména tyto [2]:

- **pokročilý věk** – je hlavním rizikovým faktorem; se vzrůstajícím věkem četnost výskytu delirií stoupá,

- **organické poškození mozku** – prokázaná výrazná mozková atrofie, Alzheimerova choroba, vaskulární poškození mozku apod.,
- **deliria v anamnéze,**
- **polymorbidita a polypragmazie,**
- **abúzus alkoholu** nebo jiných návykových látek,
- **malnutrice,**
- těžší **senzorický deficit,**
- aktuální **psychosociální stres** – hospitalizace, ztráta partnera, změna bydliště.

Jiráček uvádí jako příklad účinnosti preventivních postupů studii 199 pacientů ve věku nad 70 let po operaci kyčle. U pacientů byl uplatňován komplexní multidisciplinární geriatrický přístup zahrnující identifikaci rizikových faktorů, optimalizaci ošetrovatelského režimu i farmakoterapie, cílenou detekci časných projevů hrozícího deliria a včasné podání neuroleptika. Podařilo se snížit výskyt delirií ze 75,3% na 54,9% celkově a z 52% na 18% po 7. dni, zkrátit jejich trvání z 10,2 na 5,0 dne, zkrátit dobu hospitalizace z 38 na 28 dní a snížit výskyt komplikací. [2]

## **2. Ošetrovatelská část**

### **2.1 Možnosti předcházení vzniku deliria**

Možnost rozvoje deliria je při ošetrování pacientů s demencí nutné mít stále na paměti. Dementní pacienti splňují většinu kritérií popsaných výše jako rizikové faktory a deliria se jako komplikace demence vyskytují často. Ke snížení rizika vzniku deliria přispívá kvalitní ošetrovatelská péče jako taková, dále se však podrobněji zabývám těmi oblastmi péče, které mají ke vzniku deliria užší vztah.

#### **2.1.1 Hydratace**

Dehydratace představuje závažný a současně frekventovaný problém u starších pacientů. Uplatňuje se také jako častá a závažná dekompenzující příčina pádů a delirií. Podíl tělesné tekutiny je u starších osob menší, proto jsou na její ztrátu citlivější než osoby mladšího věku. Starší pacienti ztrácejí tekutiny v důsledku léčby diuretiky, při výrazné glykosurii, zvracení a průjmech. Starší pacienti také mnohem rychleji ztrácejí tekutiny v teplém prostředí (horké léto, přetopené pokoje) a při onemocněních doprovázených zvýšenou tělesnou teplotou. Současně bývají tyto ztráty nedostatečně hrazené z důvodu ztráty nebo sníženého pocitu žízně, kognitivního deficitu či imobility. [2]

Orientační sledování úrovně hydratace je jednoznačně jedním z úkolů ošetrovatelského personálu. U pacientů s demencí je třeba počítat s neschopností vyjádřit žízeň a sledovat i další projevy dehydratace, jako jsou oschlé sliznice dutiny ústní, snížený turgor kůže, pokles krevního tlaku. Nezbytné je bilancování příjmu a výdeje tekutin. Vhodné je pravidelné vážení pacientů, protože úbytek tělesné hmotnosti je jedním z ukazatelů ztráty tělesné tekutiny.

Cílem ošetrovatelské péče je zajistit dostatečnou hydrataci pacienta. Vzhledem k oslabení pocitu žízně je obvykle třeba pacienty aktivně pobízet

k pití. Vhodnější je podávat menší množství a častěji, střídat různé druhy nápojů. Pokud je to možné, je výhodné volit nápoje, které pacientovi chutnají. Vhodné jsou ředěné ovocné šťávy, minerální vody, slabé čaje.

### **2.1.2 Výživa**

Ve vyšším věku dochází k fyziologickým změnám regulace chuti k jídlu a příjmu potravy a současně ke změnám v činnosti trávicího ústrojí, především snížení motility a zpomalení vyprazdňování žaludku. Tyto fyziologické změny jsou dále modulovány přítomností chorob spojených s nechutenstvím, vlivem léků, ale i psychosociálními faktory. To vše může vést u starých lidí k nechutenství spojenému s hubnutím a rozvojem malnutrice.[2] Malnutrice dále přispívá ke zvyšování zranitelnosti a křehkosti organismu a spoluvytváří tedy u disponovaných pacientů terén pro snazší vznik delirantních stavů. Stravování pacientů s demencí je navíc komplikováno kognitivními poruchami, které vedou k neschopnosti samostatně se najíst a k poruchám polykání, spojeným s rizikem aspirace potravy.

Možnosti ošetrovatelských intervencí jsou v této oblasti poměrně rozmanité. Ke zlepšení příjmu potravy přispěje její vhodná úprava – vhodná textura, která usnadní kousání a polykání; vysoká kalorická hodnota v malém objemu; přiměřená teplota, dostatečně výrazná chuť, ale i lákavý vzhled. Chuť k jídlu ovlivňuje též prostředí, ve kterém pacient jí. Překážkou přijímání potravy může být nevhodná zubní náhrada, nedostatek slin, porucha vyprazdňování a s ní spojený pocit plnosti.

Pro pacienty s kognitivním deficitem je důležitý pravidelný stravovací režim, stálé místo u stolu, taktní dohled a pomoc při stravování. Stravování je současně společenská záležitost, je tedy dobrou příležitostí i pro aktivizaci pacientů a udržování společenských návyků. Pacienti by proto měli mít přednostně možnost stravování ve společné jídelně.

### **2.1.3 Aktivita a společenské kontakty**

Dobrý kontakt s okolím může pacientovi přinášet pocit jistoty a bezpečí. Společné aktivity přispívají ke zlepšení komunikace i konkrétních dovedností, posilují paměť, zlepšují náladu i fyzickou kondici. Aktivity je vždy třeba přizpůsobit možnostem konkrétního pacienta. Zatímco pacienti v lehčích stadiích demence mohou ze společných činností velmi profitovat, pro pacienty v těžším stavu mohou být naopak zatěžující a stresující. Pro tyto pacienty je vhodnější zajistit aktivity individualizované. [6]

Na riziko vzniku deliria je pak třeba pomýšlet především u imobilních pacientů. Kromě somatických problémů přináší imobilita také významné obtíže psychické. Vede ke ztrátě kontaktu s okolím a z toho plynoucí sociální deprivaci, přispívá ke vzniku deprese. Změna režimu při nemožnosti opustit lůžko může působit jako psychosociální spouštěcí faktor deliria. [2]

Imobilním pacientům je třeba kontakt s okolím aktivně zajistit. Podle možností jejich somatického stavu je můžeme posazovat do křesla ve společnosti ostatních pacientů, umožnit vyvezení do zahrady, umístit lůžko nebo křeslo tak, aby měli alespoň výhled z okna. Podobně aktivně je třeba iniciovat komunikaci. U pacientů s těžkým kognitivním deficitem je třeba myslet na dostatečnou komunikaci neverbální, zejména dotyky a modulaci hlasu.

### **2.1.4 Úprava prostředí**

V souvislosti s prevencí vzniku delirantních stavů vidím význam prostředí zejména v jeho vlivu na bezpečnost a psychický stav pacienta.

Bezpečnost se týká především možného pádu a zranění. Poranění mohou vést k dočasné či trvalé imobilizaci pacienta, případně je nutné jejich chirurgické řešení spojené s anestézií a opět následnou imobilizací. Oboje se může uplatnit jako precipitující faktor deliria.

Oddělení má být dostatečně prostorné, aby mohli bezpečně procházet i pacienti používající hole nebo chodítka. Pro usnadnění orientace pacientů je vhodné výrazné označení dveří, umístění informačních tabulí s dobře čitelným textem, barevné odlišení jednotlivých pokojů nebo částí oddělení, kontrastní barva madel a zábradlí apod. Pro časovou orientaci jsou výhodné velké hodiny na dobře viditelném místě a kalendáře s výraznými číslicemi. Prostředí, které je pro pacienta dobře srozumitelné, přehledné a bezpečné, přispívá též ke snížení jeho psychické zátěže.

Samozřejmostí by mělo být dobré osvětlení všech prostor, kde se dementní pacienti pohybují. Kromě snížení rizika úrazu je osvětlení důležité rovněž pro psychický stav. Šero může zvyšovat úzkost a bezradnost, může rovněž přispívat k rozvoji poruch vnímání, zejména zrakových iluzí a halucinací. [7] Mírné noční osvětlení může pomoci snížit výskyt delirantních stavů, zejména typu sundown syndrom. [2]

V souvislosti s předcházením vzniku delirantních stavů je významná míra podnětů, které na pacienta působí. Prostředí by mělo být klidné, nehlukné, na oddělení může znít tichá hudba. Televizní programy nemusí být vhodné, zvláště pokud pacient není schopen odlišit realitu od fikce. Některé programy ho mohou rozčílit nebo vylekat, mohou zvyšovat jeho zmatenost a tak opět přispívat k psychické dekompenzaci. Lůžko imobilních pacientů je vhodné umístit tak, aby pacient viděl do okna. [2,7]

K uklidnění a lepší orientaci pacienta mohou napomáhat také důvěrně známé osobní předměty, např. fotografie, obrázek, drobný předmět, který je pacientovi milý. Možnost přerovnávat a prohlížet si vlastní věci v zásuvce nebo v krabičkách navíc snižuje pravděpodobnost, že pacient sáhne po věcech ostatních pacientů. [7]

### **2.1.5 Korekce smyslových deficitů**

Smyslové deficity, zejména zhoršení zraku a sluchu, postihují většinu starších pacientů. V geriatrické literatuře se objevuje pojem „duální

senzorický deficit“, který postihuje specifickou problematiku kombinovaného smyslového postižení s velkým rizikem sensorické a komunikační deprivace, osamělosti a prázdnoty. Souběžné postižení hlavních smyslů především znamená vzájemné potencování obou složek – pro nedoslýchavého člověka je komplikací nemožnost odezírat, pro člověka se závažným poškozením zraku představuje porucha sluchu výrazné zhoršení prostorové orientace. [2]

Tyto deficity výrazně ztěžují pohyb a orientaci, negativně ovlivňují soběstačnost pacienta, přinášejí problémy v komunikaci a zvyšovat pocit frustrace a izolovanosti od okolí. Mohou přispívat k častějším pádům a zraněním a podobně jako nedostatečné osvětlení také podporovat poruchy vnímání. Při změně prostředí a v kombinaci s kognitivním deficitem pak stoupá i riziko vzniku deliria. [2]

Prostá ošetrovatelská intervence v podobě zajištění správných brýlí či funkčního naslouchadla tak může výrazně zvýšit psychický komfort pacienta, zlepšit jeho orientaci a adaptabilitu na změny prostředí. Mnohdy je to spíše otázka navázání spolupráce s rodinou pacienta. Blízcí pacienta, mají-li o spolupráci zájem, mohou poskytnout důležité informace o případných problémech se zrakem či sluchem, donést pacientovi jeho vlastní pomůcky.

## ***2.2 Ošetrovatelská péče při rozvinutém deliriu***

Předpokladem dobré ošetrovatelské péče o pacienta s deliriem je správné a včasné rozpoznání tohoto stavu. Již bylo uvedeno, že odlišení deliria a demence může být obtížné, zejména pokud nemáme o pacientovi dostatek informací. Zachycení signálů začínajícího deliria však také závisí na tom, nakolik personál s možností výskytu takového stavu počítá, zda zná příznaky delirantního stavu a zda jejich výskyt systematicky sleduje.

Ošetrovatelská péče o pacienty v deliriu je vysoce náročná. Vyžaduje profesionalitu, trpělivost i výborné komunikační dovednosti. Současně je to péče s velkým etickým nárokem, neboť u pacienta v delirantním stavu je ve vysoké míře ohrožena možnost svobodného projevu vůle. [7] Úcta, respekt



a zachování důstojnosti pacientů v delirantním stavu by měly být alfou i omegou dobré ošetrovatelské péče.

V ošetrovatelské péči se uplatní stejné postupy a opatření, které jsem popsala již v kapitole věnované možnostem předcházení vzniku deliria. V dalším textu se proto zaměřím na některé specifické situace, které s sebou rozvinutý delirantní stav přináší.

### **2.2.1 Souhlas s poskytováním zdravotních služeb**

Přijetí pacienta k hospitalizaci je podle současné české legislativy podmíněno jeho svobodným a informovaným souhlasem s poskytováním zdravotních služeb. [8] Ten je obvykle vyjádřen písemnou formou. Pacient s diagnózou delirium nasedající na demenci je však v situaci, kdy vzhledem k poruše vědomí není schopen takový souhlas dát. Při trpělivém přesvědčování je eventuálně schopen podepsat příslušný formulář, jak se v praxi někdy děje, takový souhlas je však více než sporný.

Pokud je pacient z důvodu těžkého stupně demence zbaven způsobilosti k právním úkonům, dává za něj souhlas jeho zákonný zástupce. Zbavení způsobilosti však není pravidlem, pro mnohé rodinné příslušníky je takový krok neakceptovatelný. Pacient pak zůstává *de jure* způsobilý k právním úkonům, i když *de facto* není schopen validní souhlas vyslovit. V takovém případě může souhlas s hospitalizací vyslovit osoba předem určená pacientem, manžel či manželka nebo jiná osoba blízká, pokud je známa. [8]

Zmiňovaný souhlas se nevztahuje pouze na přijetí k hospitalizaci, ale také na ty zdravotní výkony, u kterých je souhlas požadován. I zde by tedy měla souhlas dát blízká osoba či zákonný zástupce.

Pacienta v deliriu je za určitých okolností možné hospitalizovat i bez souhlasu. Z podmínky svobodného a informovaného souhlasu existují tři výjimky. Souhlas není vyžadován, pokud:

1. pacientovi bylo soudem uloženo vyšetření zdravotního stavu, karanténa či ochranné léčení,
2. ohrožuje bezprostředně a závažným způsobem sebe nebo své okolí a jeví známky duševní poruchy nebo touto poruchou trpí nebo je pod vlivem návykové látky, pokud hrozbu pro pacienta nebo jeho okolí nelze odvrátit jinak,
3. jeho zdravotní stav vyžaduje poskytnutí neodkladné péče a zároveň neumožňuje, aby vyslovil souhlas. [8]

Pacient v deliriu může splňovat druhou podmínku. Jeho přijetí do lůžkového zařízení pak musí být do 24 hodin ohlášeno místně příslušnému soudu, který do sedmi dnů rozhodne o přípustnosti držení pacienta v zařízení.

### **2.2.2 Neklid a problémové chování**

Zvýšené psychomotorické tempo a neklid, případně až agresivní chování patří k nejnápadnějším symptomům deliria. Může se projevovat jako bloudění po oddělení (zejména v noci), neúčelné přecházení či přerovnávání věcí, braní cizích věcí, vlézání do lůžek jiných pacientů apod. Takové chování je vnímáno jako velmi rušivé a zneklidňující, a to jak ostatními pacienty, tak i personálem. Pro pacienta samotného pak představuje zvýšené riziko pádu či úrazu. Některé projevy mohou narušovat poskytování léčby, časté je např. vytahování žilních kanyl a močových katetrů, strhávání obvazů či plenkových kalhotek. Pacienti, do té doby klidní a spolupracující, se mohou agresivně bránit i obvyklým manipulacím při osobní hygieně nebo oblékání. Může se objevit verbální agrese v podobě křiku, nadávek a vulgarismů, někdy i brachiální napadení. [2,7]

Je třeba si uvědomit, že neklid je spojen s vysokou mírou úzkosti a tenze. Pacient se přestává orientovat v situaci. Známé osoby již nepoznává, a reaguje proto na ně jako na cizí. Nechápe, proč ho ti cizí lidé někam vedou, proč ho svlékají apod., a brání se. Pocity ohrožení mohou být zesilovány přítomností paranoidních bludů a zrakových iluzí. Neklid může být

potencován rovněž nepříjemnými somatickými pocity, především bolestí, ale i zácpou, retencí moče apod., ale samozřejmě také nevhodným přístupem pečujících osob.

Je proto zcela zásadní zachovat vůči pacientovi vlídný a trpělivý přístup. Laskavá komunikace pomůže snížit úzkost a agitovanost, opakované vysvětlování napomáhá zlepšení orientace v situaci. Nároky na pacienta je třeba přizpůsobit jeho momentálním možnostem.

Ideální je ponechat pacientovi volnost pohybu, neboť pohyb je jedním ze způsobů, jak odreagovávat napětí. Mechanické omezení může zvyšovat pacientovu úzkost, a tedy i neklid. Ve snaze toto omezení překonat si pacient může s vyšší pravděpodobností způsobit zranění. Typickým příkladem je používání zábran k lůžku u neklidných pacientů. Snahou personálu je udržet pacienta v lůžku a zabránit jeho bloudění po oddělení, případně jeho zranění. Pacient ve snaze opustit lůžko se však pokouší zábrany přelézt, případně jimi prolézt. Paradoxním výsledkem tak mohou být nebezpečnější pády z větší výšky, případně zranění způsobená uvíznutím mezi zábranami. U pacientů, kteří jsou neklidní v noci a mají tendenci zábrany překonávat, je vhodnější řešit situaci snížením lůžka, případně podložením matrace k lůžku. Takový pacient však především vyžaduje intenzivnější dohled.

Pokud je to možné, je vhodné pacienta v deliriu umístit na menší pokoj, kde bude méně rušen ostatními pacienty, a kde i on sám bude méně rušit. Ke zklidnění může přispívat přítomnost pečovatele, který na pacienta verbálně i neverbálně působí, usměrňuje jeho aktivity a zajišťuje jeho bezpečí. Naneštěstí provoz lůžkových zařízení takovou formu podpory často neumožňuje. Podle možností je však přínosné zapojit v maximální míře rodinné příslušníky pacienta.

### **2.2.3 Použití omezovacích prostředků**

Použití omezovacích prostředků může být v péči o delirujícího pacienta někdy nezbytné. Vždy však představuje krajní možnost řešení a mělo by k němu dojít až po vyčerpání všech jiných možností.

Důvodem použití omezovacího prostředku je pouze odvrácení hrozby bezprostředního ohrožení zdraví nebo bezpečnosti pacienta, případně jiných osob.[8] Omezovací prostředky nesmějí být používány k zajištění „klidu na oddělení“, k usnadnění péče, jako prevence pádu, ani z důvodu pouhého neklidu pacienta. Vždy je třeba nejdříve pátrat po možných příčinách problémového chování, jako je bolest, nepohodlí, stres, vedlejší účinky léků, špatný vztah mezi pacientem a pečovatелеm apod.[9] Je třeba připomenout, že nepřiměřené a hrubé omezování a nadměrné tlumení pacientů v deliriu je jednou z nejčastějších forem nevhodného zacházení se starými lidmi v lůžkových zařízeních a naplňuje definici zanedbávání či týrání ve smyslu elder abuse.[2]

Základní podmínky používání omezovacích prostředků při poskytování zdravotní péče stanoví zákon 372/2011 Sb., o zdravotních službách. Je však žádoucí, aby každé zdravotnické zařízení mělo zpracován podrobnější vnitřní předpis, kterým bude popsána zejména ošetrovatelská péče o pacienta v omezení.

K omezení volného pohybu pacienta při poskytování zdravotních služeb lze podle zákona použít [8]:

- úchop
- ochranné pásy
- síťové lůžko
- místnost určenou k bezpečnému pohybu
- ochranný kabátek nebo vestu
- psychofarmaka, pokud se nejedná o léčbu na žádost pacienta nebo o soustavnou léčbu psychiatrické poruchy.

Použití omezovacího prostředku indikuje lékař. Pouze ve výjimečných případech, kdy je nebezpečí z prodlení, může omezení indikovat sestra. Lékař však musí být o takovém opatření neprodleně informován a musí potvrdit odůvodněnost takového postupu.[8] Tento postup je třeba důsledně vyžadovat zejména v zařízeních, kde lékař není stále přítomen, jako jsou

např. ústavy sociální péče, domovy pro seniory apod. Je žádoucí, aby zařízení měla zpracován závazný postup pro podobné situace.

Pokud dojde k rozhodnutí použít mechanický omezovací prostředek, je třeba pokusit se pacientovi vysvětlit, proč a na jak dlouho bude omezení použito. Během doby omezení pacient nesmí zůstat sám a bez dohledu. Je rovněž třeba zajistit, aby nebyl obtěžován ostatními pacienty. Pacientovi v omezení je třeba zajistit péči podobně jako např. pacientovi imobilnímu. Je tedy třeba zvýšeně dbát o jeho hydrataci, hygienu, tepelný komfort, prevenci otlaků a proleženin, je třeba pravidelně sledovat fyziologické funkce. Při uvolnění z omezení v křesle nebo v lůžku je třeba myslet na riziko ortostatické hypotenze. Omezovací prostředek může být použit pouze na dobu nezbytně nutnou.

Pokud v době omezení přijde za pacientem návštěva, není důvod bránit jí v přístupu k pacientovi. Je však nutné návštěvníky předem informovat o situaci a ujistit se, že návštěvu za těchto okolností zvládnou. Je vhodné, aby tento rozhovor vedl ošetřující lékař. Návštěva u lůžka pacienta by se měla odehrát za přítomnosti člena ošetřovatelského týmu.

Každé použití omezovacího prostředku musí být pečlivě zaznamenáno ve zdravotnické dokumentaci pacienta. Záznam by měl obsahovat datum a čas zahájení a ukončení omezení, druh omezovacího prostředku, zápisy o průběžném hodnocení stavu a chování pacienta, o poskytnuté ošetřovatelské péči, o případných komplikacích. Součástí záznamu musí být popis důvodů, které k omezení vedly.

Pokud byl pacient hospitalizován se souhlasem a dodatečně byl během hospitalizace omezen ve volném pohybu nebo ve styku s vnějším světem, je povinností zdravotnického zařízení oznámit toto omezení soudu. [8]

V případě farmakologického omezení ošetřovatelský personál postupuje výhradně na základě platné ordinace lékaře. Po podání léku personál sleduje nástup efektu medikace a výskyt nežádoucích účinků. Dbá rovněž na zvýšený dohled nad pacientem vzhledem k vyššímu riziku pádu

z důvodu tlumivého efektu podaných psychofarmak. V záznamu o podání psychofarmak je třeba uvést datum a čas podání, název léku, jeho sílu, množství a způsob podání. Záznam by měl obsahovat také zhodnocení efektu podané medikace a samozřejmě případný výskyt nežádoucích účinků. Povinnost oznámit omezení pacienta soudu se na farmakologické omezení nevztahuje. [8]

### **2.3 Teorie základní ošetrovatelské péče podle V. Hendersonové**

Pro popis a zhodnocení zdravotního stavu pacientky, stanovení ošetrovatelských problémů a ošetrovatelského plánu jsem zvolila model základní ošetrovatelské péče podle Virginie Hendersonové. Model vychází z obecných lidských potřeb a problémy nemocných popisuje velmi přirozeným způsobem, proto podle mého názoru dobře vyhovuje plánování péče o pacienty s psychiatrickými problémy.

Virginia Avelen Henderson (1897-1996) významně ovlivnila rozvoj ošetrovatelství v USA a v dalších zemích. Již během svého vlastního studia ošetrovatelství se zaměřila na problematiku potřeb nemocných a později též na formulování role sestry. Svou teorii základní ošetrovatelské péče poprvé publikovala v roce 1960. [10]

Virginia Henderson ve svém pojetí ošetrovatelské péče zdůrazňuje původ ošetrovatelských činností v základních lidských potřebách. Tyto potřeby jsou zdravotním stavem dané osoby modifikovány a je úkolem sestry tyto změny správně interpretovat. Základní potřeby mají všichni lidé stejné, liší se však jeden od druhého ve způsobech jejich uspokojování. Úkolem sestry pak není „vnutit“ pacientovi svůj způsob, jakkoli kultivovaný, ale pomáhat pacientovi dosáhnout toho stavu, který *pro něj* znamená zdraví, zotavení či klidnou smrt. [11]

Základní ošetrovatelská péče je péče, kterou vyžaduje jakákoliv osoba bez ohledu na lékařskou diagnózu a terapii, ačkoli obě tyto skutečnosti plán i intervence sestry ovlivní. Je to péče odvozená z individuálních potřeb

pacienta a ovlivňovaná nejen patologickým stavem, ale také věkem pacienta, jeho zvyklostmi, schopnostmi a znalostmi, sociálním postavením, kulturou ad. [10]

Ze základních potřeb V. Hendersonová odvodila **14 komponent základní ošetrovatelské péče:**

1. pomoc pacientovi s dýcháním
2. pomoc pacientovi při jídle a pití
3. pomoc pacientovi při vyměšování
4. pomoc pacientovi při udržování žádoucího držení těla při chůzi a sezení a polohy těla při ležení; pomoc pacientovi při změnách jedné polohy v druhou
5. pomoc pacientovi při odpočinku a spánku
6. pomoc pacientovi s výběrem oděvu, s oblékáním a svlékáním
7. pomoc pacientovi při udržování tělesné teploty v rámci normálních mezí
8. pomoc pacientovi při udržování čistoty a upravenosti těla a při ochraně pokožky
9. pomoc pacientovi při vyvarování se nebezpečí v okolí a při ochraně ostatních před každým potenciálním nebezpečím pocházejícím od pacienta – např. před nákazou či násilím
10. pomoc pacientovi při komunikaci s ostatními při sdělování jeho potřeb a pocitů
11. pomoc pacientovi při vyznávání náboženské víry nebo při přijímání jeho pojetí dobra a zla
12. pomoc pacientovi při práci a produktivní činnosti
13. pomoc pacientovi s poskytováním odpočinkových (rekreačních) činností
14. pomoc pacientovi při učení. [11]

Jedinečná role sestry, podle V. Hendersonové, spočívá „v pomoci zdravému nebo nemocnému jedinci vykonávat činnosti, které přispívají ke zdraví nebo k uzdravení (či k pokojné smrti) a které by jedinec vykonával bez pomoci, kdyby měl potřebnou sílu, vůli nebo znalost. Je třeba tuto funkci

*vykonávat takovým způsobem, který jedinci pokud možno co nejrychleji pomůže získat nezávislost.“ [11]*

*Dále V. Hendersonová zdůrazňuje, že „kvalifikovaná sestra má v době, kdy poskytuje pacientovi péči, možnost naslouchat, ztotožňovat se s ním a s jeho rodinou, hodnotit jeho potřeby a vytvářet prospěšný osobní vztah, který je pro nejúčinnější ošetrovatelskou péči zásadní.“ [11]*

Právě v důrazu na respekt k pacientovu vnímání světa včetně vlastního zdraví, na schopnost sestry vcítit se do potřeb pacienta a na zohlednění potřeb nejen fyzických, ale také emocionálních a sociálních, vidím přínos tohoto ošetrovatelského modelu pro pacienty s demencí a v delirantním stavu.



### 3. Kazuistika

Pro ilustraci problematiky péče o pacienta s deliriem nasedajícím na demenci jsem zvolila kazuistiku 77leté pacientky M.V., která byla s touto diagnózou hospitalizována na akutním gerontopsychiatrickém oddělení.

Gerontopsychiatrické oddělení je součástí psychiatrické léčebny. Přijímá standardně všechny pacienty starší 65ti let, v případě demence však vzhledem k diagnóze přijímá i pacienty mladší. V diagnostickém spektru převažují demence, dále organické poruchy nálady a organické poruchy s bludy. U pacientů s demencí jsou velmi častou příčinou hospitalizace právě delirantní stavy.

Oddělení má celkovou kapacitu 41 lůžek. Je rozděleno na dvě části, mužskou v přízemí (20 lůžek) a ženskou v patře (21 lůžek). Obě části oddělení jsou uzavřené, resp. zvenku je možný volný vstup na oddělení, zevnitř jsou dveře zabezpečeny proti otevření. Pokoje na oddělení jsou tří-, čtyř- a pětilůžkové. Pacienti v obou částech mají k dispozici jídelnu a společenskou místnost s televizí, mohou v doprovodu personálu pobývat na zahradě. Koupelna a toalety jsou společné pro danou část oddělení. Návštěvy jsou umožněny v době od 8 do 20 hodin, výjimkou je doba, kdy se pacienti účastní terapeutických aktivit, karanténa apod.

Průměrná délka hospitalizace na oddělení je 20 dní. Zhruba dvě třetiny pacientů po stabilizaci stavu odcházejí do domácího ošetřování nebo do pobytového zařízení (domov pro seniory, ústav sociální péče apod.). Jedna třetina pacientů je přeložena na oddělení následné péče k doléčení anebo do dořešení sociální situace.

Nevýhodou oddělení jsou velké pokoje a členitost prostoru, dané stářím budovy a nemožností rozsáhlejší přestavby (budova je památkově chráněna, důvodem je i finanční náročnost).

### 3.1 Výpis z lékařské anamnézy

1. hospitalizace na psychiatrickém oddělení.

**OA:** stp. operaci ca hrdla děložního, 2009, bližší informace nelze zjistit  
stp. subtotální thyreodektomii, 1986, bližší informace nelze zjistit  
elevace CRP nejasné etiologie – 180.0 mg/l

Pacientka byla převezena z Fakultní nemocnice Královské Vinohrady (FNKV). Vpodvečer chodila středem ulice, nereagovala na oslovení, kolemjdoucí přivolali záchrannou zdravotní službu. Ta pacientku převezla na neurologickou ambulanci FNKV. Pacientka byla neurologicky vyšetřena a bylo provedeno CT vyšetření se závěrem chronická vaskulární insuficience. Poté byla pacientka předána na interní ambulanci, kde byla kompletně interně vyšetřena, akutní patologie nebyla zjištěna. Pacientka však byla nezvladatelná, verbálně agresivní, snažila se odejít, proto byla v nočních hodinách přeložena do psychiatrické léčebny. Psychiatrické vyšetření nebylo ve FNKV realizováno.

**RA:** údaje nelze zjistit

**farmakologická:** Augmentin 1g á 8 hod. (dle doporučení interní kliniky FNKV „empiricky vzhledem k elevaci CRP“)

**alergie:** nezjištěna

**abusus:** kouří 2 cigarety denně

**sociální anamnéza:** Pacientka je rozvedená, místo pobytu bývalého manžela není známo. Pacientka žila sama v obecním bytě, nájemné platila vnučka z peněz, které jí pacientka předávala. Dcera pacientky žije v posledních 10 letech trvale v zahraničí. S pacientkou se dle vnučky příliš nestýkala, jejich vztahy byly spíš chladné, vnučka však neví přesně, co bylo příčinou. V současnosti nejsou v kontaktu vůbec, pacientka se prý na dceru neptá, informace o pacientce občas dceři sdělí vnučka. Vnučka se s pacientkou stýkala pravidelně, navštěvovala ji v bytě a příležitostně jí pomáhala s péčí

o domácnost. Pokud je vnučce známo, pacientka se s nikým jiným pravidelně nestýkala, o jejích vztazích se sousedy nemůže nic bližšího říci.

Pacientka vystudovala pedagogickou školu. V mladším věku hodně cestovala, zejména po Asii, doprovázela tehdy manžela. Později krátce učila a pak pracovala jako vedoucí zájmových kroužků, zejména sportovně zaměřených. Od roku 1992 je ve starobním důchodu.

Pacientka je způsobilá k právním úkonům.

### **3.2 Příjmové lékařské vyšetření**

Pacientka je lucidní, orientovaná osobou, zcela dezorientovaná časem, situací i místem, bez náhledu na onemocnění. Na dotazy odpovídá nepřiléhavě, případně odpovědět odmítá, jsou patrné četné konfabulace. Psychomotorické tempo je zvýšené, je podrážděná, neklidně přechází po vyšetřovně, později odchází do vedlejší místnosti. Během příjmového vyšetření je paranoidně nastražená, opakovaně přechází do verbální agrese.

Podle sdělení vnučky je pacientka již nejméně půl roku dezorientovaná v čase a stále častěji také v místě. V posledních týdnech občas nepoznává svůj byt, opakovaně se ptala, kde má domov. Dokázala si občas uvařit, hůře zvládala udržovat v bytě pořádek.

Vyšetřením byla stanovena diagnóza F05.1 Delirium nasedající na demenci a pacientka byla přijata ke stabilizačnímu pobytu.

Vzhledem k přítomnosti duševní poruchy a možnému ohrožení sebe sama byla pacientka hospitalizována bez souhlasu.

#### **Další diagnostická vyšetření**

**RTG, EKG** vyšetření byla provedena v rámci hospitalizace ve FNKV, bez patologického nálezu

**CT** vyšetření bylo provedeno v rámci hospitalizace ve FNKV se závěrem chronická vaskulární insuficience

**MMSE** 14 bodů; odpovídá středně těžké kognitivní poruše.

Mini-Mental State Examination je nejčastěji používaný test kognitivních funkcí, který umožňuje zachytit demenci a orientačně určit její stupeň. Test se skládá z 10 subtestů, které hodnotí orientaci pacienta v čase a prostoru, krátkodobou paměť, početní schopnosti, pozornost, čtení, psaní, řeč a konstrukčně-praktické dovednosti. Test dobře odliší středně těžkou demenci od normálního stárnutí, není však možné s ním spolehlivě identifikovat osoby s mírnou kognitivní poruchou (skórují jako zdravé osoby). MMSE je nutné považovat za základní orientační metodu, která se musí posuzovat s ohledem na širší kontext výsledků dané osoby. [12; příloha č. 1]

## **Medikace**

Pacientce byly při příjmu ordinovány tyto léky:

***Buronil 25mg 1-1-1 tbl.***

Antipsychotikum, účinná látka *melperoni hydrochloridum* 25mg v 1 tabletě. Atypické neuroleptikum s velmi mírnými extrapyramidovými nežádoucími účinky, mírnými sedativními a anticholinergními účinky a minimálním vlivem na kardiovaskulární systém, které se velmi dobře hodí pro léčbu starých a somaticky nemocných pacientů. [13]

***Tiapridal inj sol 2ml, 1 amp i.m. až 2x denně při projevech nespolupráce a odmítání léků.***

Antipsychotikum, účinná látka *tiapridi hydrochloridum* 100mg ve 2ml injekčního roztoku. Atypické neuroleptikum, které příznivě ovlivňuje sensoricko – motorické neurologické poruchy a poruchy chování u starých osob, má specifické využití při léčbě agresivního a agitovaného chování. [13]

***Haloperidol inj sol 1ml + Rivotril inj sol 1ml, 1+1 amp i.m. při projevech masivního neklidu a agrese.***

Haloperidol je klasické neuroleptikum, účinná látka *haloperidolum* 5mg v 1ml injekčního roztoku. Příznivě ovlivňuje pozitivní příznaky u schizofrenních onemocnění, snižuje psychomotorickou agitovanost, má

také antiemetické účinky. Nevýhodou jsou nežádoucí účinky, zejména extrapyramidové.

Rivotril je antiepileptikum, účinná látka *clonazepamum* 1mg v 1ml injekčního roztoku. Patří do skupiny benzodiazepinů, kromě antikonvulzivních účinků má také účinky sedativní a myorelaxační a využívá se v léčbě akutních úzkostných stavů. [13]

### ***Augmentin 1g 1 tbl. á 8 hodin***

Antibiotikum, účinné látky *amoxicillinum trihydricum* 875mg a *kalii clavulanas* 125mg. Širokospektré antibiotikum penicilinového typu s baktericidním účinkem. [13]

### **3.3 Ošetřovatelská anamnéza**

Na oddělení je pravidlem zahájit sběr ošetřovatelské anamnézy do 24 hodin po přijetí pacienta. Pokud pacient není schopen informace poskytnout, jsou údaje doplněny, případně objektivizovány blízkými osobami pacienta, a to při nejbližší příležitosti.

Anamnéza pro účely této práce byla odebrána v období prvních tří dnů hospitalizace. Údaje jsem získala vlastním sledováním, rozhovorem s ošetřovatelským personálem a ze zdravotnické dokumentace. Vzhledem ke snížené schopnosti pacientky podat validní informace byla část anamnestických údajů získána od vnučky.

#### **Dýchání**

Pacientka dýchá spontánně, pravidelně, bez obtíží. Netrpí žádnou infekcí dýchacích cest. K mírnému zadýchávání dochází jen ve chvílích emočního vypětí.

Pacientka je kuřačka, podle vlastního sdělení byla zvyklá kouřit dvě cigarety denně. Během prvních tří dnů na oddělení si však na kouření vůbec nevzpomněla, cigarety nevyžadovala.

## **Přijímání jídla a pití**

Pacientka přijímá potravu výhradně perorálně. Při polykání nemá žádné potíže, obtížnější pro ni je kousání. Pacientka má dolní chrup vlastní, místo horního chrupu má nesnímatelnou zubní náhradu.

Stravuje se ve společné jídelně v přítomnosti ostatních pacientek. Fyzicky je schopna dojít do jídelny bez problémů, ale vzhledem k poruše vědomí potřebuje doprovod personálu, rovněž musí být upozorněna, že je čas k jídlu. Pacientka je schopna se najíst a napít samostatně, preferuje lžíci. Dokáže si pokrmy sama pokrát, namazat krajíc, otevřít jogurt apod.

Pacientka sní vše, co dostane, nijak si nevybírá. Ve chvílích zvýšeného neklidu od jídla odbíhá a je třeba ji přesvědčit, aby se vrátila do jídelny a dojedla. Opakovaně sděluje, že má stále hlad, a to i bezprostředně po jídle. Jde však zřejmě spíše o chuť, neboť z nabídnutých přísadků dává zřetelně přednost sladkostem.

Je nutné věnovat zvýšenou pozornost tomu, aby pacientka dostatečně pila. Nepocituje žízeň a neuvědomuje si, že je třeba se napít. K pití je třeba ji aktivně pobízet v průběhu celého dne a sledovat celkový příjem tekutin. V obdobích zvýšeného neklidu se stává, že nabízené tekutiny vylije na podlahu. Nelze zjistit, zda pacientka preferuje určitý druh nápojů.

Pacientka váží 50 kg při tělesné výšce 160 cm. Pacientka nemá žádné dietní omezení, vzhledem k obtížnějšímu kousání jí byla ordinována strava s mletým masem.

## **Vyměšování**

Pacientka netrpí žádnými obtížemi spojenými s vyměšováním. Močí dostatečně, vyprazdňuje se pravidelně v intervalu 1-2 dnů.

Ve dne většinou dokáže dojít sama na toaletu, dvakrát se stalo, že byla zmatená do té míry, že se vymočila na pokoji nebo na chodbě. V noci se stává, že toaletu nenajde nebo se pomůže ve spánku. Pacientka je proto na noc vybavena plenkovými kalhotkami, ale v případě probuzení ji personál

doprovází na toaletu a pomáhá se svlékáním a oblékáním. Rovněž je třeba věnovat zvýšený dohled hygieně po vyměšování.

### **Držení těla při chůzi a sezení a polohy těla při ležení; pomoc pacientovi při změnách jedné polohy v druhou**

Pacientka je plně mobilní, nepoužívá žádné lokomoční pomůcky. Z lůžka dokáže vstát bez pomoci. Po oddělení se pohybuje poměrně rychle, občas ztratí rovnováhu, ale je schopna se včas přidržet zábradlí. Na nabídku doprovodu většinou reaguje velmi podrážděně, obává se, že bude „někam“ odvedena.

### **Odpočinek a spánek**

Pacientka aktuálně není schopna dostatečně odpočívat vzhledem ke zvýšenému psychomotorickému tempu a neklidu. Brání jí rovněž pocit ohrožení, je stále ve střehu. V době klidu po obědě si odmítá lehnout, vyčkává u vchodových dveří nebo neklidně přechází po oddělení. V přítomnosti vnučky je klidnější, vydrží sedět déle.

Večer odmítá jít do lůžka, uvádí, že se jí nechce spát. Když je jí umožněno zůstat déle ve společenské místnosti, částečně se uklidní a je ochotna jít do svého pokoje. Pak se však chce ukládat do lůžek ostatních pacientek, případně v jiných prostorách oddělení. Pacientka usíná až po aplikaci neklidové medikace, poté spí až do rána. Pokud se budí, tak v časných ranních hodinách potřebou močit.

### **Výběr oděvu, oblékání a svlékání**

Pacientka má velmi omezenou schopnost vybrat si přiměřený oděv. Svléknout se dokáže s malou dopomocí, záleží spíše na její momentální ochotě spolupracovat. Oblékání je pro ni obtížnější, i zde hodně záleží na ochotě ke spolupráci, ale pacientka má navíc potíže obléknout si oděv správnou stranou nebo na správnou část těla. Je třeba jí oblečení připravit, přidržet, pomoci se zapínáním a urovnáním oděvu, je nutné jí připomínat další kroky v oblékání.

Pacientka má k dispozici ústavní prádlo a oblečení (domácí kalhoty, tričko a mikinu nebo svetr). Péče o oblečení není schopna, aktuálně si není schopna všimnout ani toho, že si např. potřísnila oděv jídlem. Přiměřené oblékání a úpravu zevnějšku musí zajistit personál.

### **Udržování tělesné teploty v normálním rozmezí**

Při příjmu měla pacientka tělesnou teplotu 36,6°C. Pocit chladu nebo nadměrného tepla neuvádí, na dotek není prochládlá. Není však momentálně schopna si tepelný komfort zajistit, je třeba častěji kontrolovat, zda není prochládlá, a dohlížet na dostatečné oblečení.

### **Tělesná čistota a upravenost, ochrana pokožky**

Pacientka si dokáže sama umýt obličej, ruce, vyčistit si zuby a učesat se. Je třeba jí tyto úkony připomenout, podat pomůcky nebo poradit. Pomoc potřebuje při čištění uší a péči o nehty. Umyje se většinou ochotně, dává najevo, že se pak cítí příjemně. Hovoří o tom, že je čistota důležitá. Třetí den ráno po probuzení již zamířila k umývadlu automaticky, bez připomenutí.

Během sledovaného období se pacientka sprchovala opakovaně, často v souvislosti s pomočením. Ve sprše vyžaduje pomoc a zvýšený dohled. Je patrné, že se cítí nejistá, bojí se uklouznutí. Dobře reaguje na možnost sprchování na stoličce. Teplotu vody musí nastavit personál, pacientka si na vyzvání sama umyje ty části těla, na které dosáhne, ostatní s pomocí personálu.

Pokožka pacientky je čistá, bez defektů a exkoriací, pouze suchá. Je žádoucí pokožku pravidelně ošetřovat krémem. Pacientka tuto péči přijímá dobře, zejména po sprchování. V den příjmu byl proveden screening rizika vzniku dekubitu podle Nortonové s výsledkem 27 bodů, pacientka je tedy bez rizika vzniku dekubitu. (příloha č. 2)

Hygienické potřeby má pacientka částečně vlastní, donesené vnučkou, ostatní jsou jí poskytnuty ze zásob oddělení. Ve sledovaném období měla pacientka u sebe hřeben a krém na ruce, ostatní hygienické pomůcky a potřeby měla uloženy u personálu.



## **Ochrana před nebezpečím v okolí a ochrana ostatních před potenciálním nebezpečím pocházejícím od pacienta – např. před nákazou či násilím**

Pacientka je aktuálně nejvíce ohrožena pádem a zraněním, a to vzhledem k věku, dezorientaci, podávaným lékům a snížené schopnosti spolupráce. V den příjmu byl proveden screening rizika pádu a zranění s výsledkem 10 bodů, což představuje střední riziko. (příloha č. 3)

Rizikovou situaci představuje rychlé přecházení po oddělení, pacientka někdy zakolísá a musí se zachytit zábradlí. Další rizikové situace vznikají při pokusech pacientky opustit oddělení, kdy se pacientka pokouší proniknout do výtahu nebo proklouznout otevírajícími se vchodovými dveřmi. Nebezpečí uklouznutí a následného pádu pacientky, ale i ostatních, vzniká v situacích, kdy se pacientka pomocí na pokoji či na chodbě nebo rozlije tekutiny.

Potenciální riziko představují i konflikty s ostatními pacientkami. Pacientka se opakovaně pokouší ulehnout do cizích lůžek, bere osobní věci ostatních pacientek a odnáší je, případně je považuje za své a odmítá je vrátit. Při pokusech o odvedení z místnosti nebo odebrání cizích věcí se brání, nadává, ohání se rukou.

Náznaky brachiální agrese se objevují i vůči personálu, který se snaží pacientce zabránit v nevhodném chování, v odchodu z oddělení či se jí snaží přimět k určité činnosti, kterou pacientka právě dělat nechce nebo si ji vykládá jako ohrožení.

## **Komunikace a vyjadřování potřeb a pocitů**

Pacientka nemá žádné smyslové bariéry, vidí a slyší dobře, kompenzační pomůcky nepotřebuje. Z důvodu kognitivního deficitu a poruchy vědomí je však narušena její schopnost správně chápat situaci, přiměřeně reagovat a vyjadřovat své potřeby. Ve slovním projevu pacientky jsou patrné četné konfabulace.

Vůči personálu je nastražená, nedůvěřivá, opakovaně varuje, že se obrátí na policii, bývá negativistická. Často reaguje podrážděně nebo slovně agresivně, někdy s náznaky brachiální agrese. Špatně snáší příliš direktivní přístup, začne se bránit a její agresivní reakce se stupňuje. Příznivě na ni působí klidné a trpělivé jednání, opakované jednoduché a srozumitelné vysvětlení situace. V případě negativistické reakce někdy postačí chvíli počkat a poté požadavek zopakovat. Je třeba mít na paměti, že agresivní reakce může být projevem nespokojenosti, obav či neschopnosti vyznat se v situaci.

Fyzický kontakt v podobě podání ruky, doteku na paži a na ruce pacientka přijímá dobře. Podepření nebo odvedení za ruku se někdy brání.

### **Vyznávání víry, přijímání pojetí dobra a zla**

Od pacientky se momentálně není možné dovědět, zda je věřící, případně jaké je její pojetí dobra a zla. Na přímý dotaz se ochotně rozhovoří, ale sdělení je nesouvislé, po několika větách se zcela odklání od tématu.

Vnučka se domnívá, že pacientka v dospělém životě nebyla nábožensky aktivní, i když pravděpodobně byla v dětství pokřtěna.

### **Práce a produktivní činnost**

Vzhledem k poruše vědomí, pozornosti a exekutivních funkcí pacientka není schopna vykonávat produktivní činnost. Zdánlivě chce stále něco dělat, nejčastěji přenášet a přerovnávat věci, její aktivita je však neúčelná a nesoustavná a je spíše výrazem vnitřního neklidu než potřeby produktivní činnosti.

Dopoledne má pacientka možnost být přítomna při činnostní terapii, v přítomnosti terapeutky si prohlédne pomůcky či výrobky, ale soustavnější činnosti není schopna. Spíše přechází po místnosti a přerovnává předměty na stolech, což je někdy rušivé pro ostatní pacientky.

## **Odpočinkové činnosti**

Pacientka není v současné době schopna se soustředit ani na rekreační činnosti. Na oddělení jsou k dispozici knihy, časopisy, televize, společenské hry a výtvarné potřeby. V odpoledních hodinách je možná procházka v areálu léčebny v doprovodu terapeutky (skupinka do tří osob), společné posezení u kávy či poslech hudby. Pacientka někdy chvíli posedí u televizoru, ale není jasné, zda program skutečně sleduje. Podle sdělení vnučky pacientka v minulosti ráda četla a poslouchala hudbu, v době před hospitalizací však tyto zájmy již ustoupily.

## **Učení**

Akutní porucha vědomí a středně těžký deficit kognitivních funkcí pacientce významně omezují možnosti učení. Současně však komplikují uspokojování jejích potřeb a zvyšují riziko poranění, proto je třeba pacientce pomáhat s reorientací. Společných aktivit pacientka zatím není schopna, vyžaduje individuální přístup. Orientace je mírně lepší v průběhu dne, v noci se zhoršuje.

Orientace časem je kolísavá, pacientka si někdy správně vybaví rok nebo měsíc, den v týdnu správně určit nedokáže. Čas určí většinou nepřesně, denní dobu přesněji („je dopoledne“, „někdy po obědě“, „bude večer“ apod.) Každý den je nutné pacientce opakovaně připomenout aktuální datum a den v týdnu, a to přímo, v rámci běžných rozhovorů nebo vhodným dotazem.

Pacientka byla zpočátku zcela dezorientovaná místem a situací. Po opakovaném upřesnění, kde se nachází, si pamatuje „v nemocnici“. Opakovaně se dožaduje propuštění a hledá cesty, jak z oddělení odejít, necítí se nemocná. Domnívá se, že sem byla záměrně odvléčena. Při vysvětlení je třeba postupovat velmi taktně. Na oddělení se pacientka ve sledovaném období orientovala částečně. Během dne poměrně spolehlivě sama najde toaletu a jídelnu, v ostatních případech potřebuje doprovod nebo nasměrování.

Pacientka spolehlivě poznává svou vnučku. Na její návštěvy se těší a uklidní se během nich. Vnučka si však někdy neví rady s opakovanými dotazy pacientky, buď ji ponechá v omylu, nebo jí neodpoví, mívá dojem, že se orientace pacientky už nemůže zlepšit. Ošetrovatelský personál pacientka rozpoznává jen rámcově, podle odlišného oblečení, jména si není schopna zapamatovat ani po opakovaném připomínání.

Výhledově bude možné nabídnout pacientce skupinové aktivity, zejména kognitivní trénink a arteterapii.

### **3.4 Krátkodobý plán ošetrovatelské péče**

Na základě hodnocení pacientky jsem stanovila následující ošetrovatelské diagnózy a plán péče. Hodnocení plánu bylo provedeno v sedmém dni hospitalizace.

#### ***Porucha orientace časem, místem a situací z důvodu poruchy vědomí a poruchy kognitivních funkcí***

*Cíl:* Reorientace pacientky v rámci jejích možností.

*Intervence:* Seznámit pacientku s prostorami oddělení a jejich označením, včetně jejího pokoje, lůžka a nočního stolku.

Ukázat pacientce umístění hodin, kalendářů a informačních nástěnek.

Připomínat pravidelně pacientce datum, den v týdnu a čas v rámci společných setkání i v rámci individuálních rozhovorů.

V případě bloudění doprovodit pacientku na požadované místo a připomenout jeho označení.

Jednoduchou a srozumitelnou formou vysvětlovat důvody pobytu na oddělení.

Pomoci pacientce vytvářet denní rituály (ranní vstávání, ukládání ke spánku, odpočinek po obědě).

Informovat vnučku o vhodném způsobu komunikace s pacientkou během návštěv.

*Hodnocení:* Pacientka se v průběhu sledované doby částečně zorientovala na oddělení, samostatně dojde na toaletu, do jídelny a do společenské místnosti, správně najde své lůžko a noční stolek. Orientace časem se mírně zlepšila, pacientka dokáže správně určit denní dobu, většinou také datum a den v týdnu. Pacientka již chápe, že je „v nemocnici“, důvody si však nepamatuje. Již není naléhavá na okamžité propuštění, nicméně ráda by šla domů.

***Snížený příjem tekutin z důvodu sníženého pocitu žízně a poruchy kognitivních funkcí***

*Cíl:* Pacientka přijme v průběhu dne alespoň 1,5 - 2 litry tekutin. Pacientka je bez projevů dehydratace.

*Intervence:* Aktivně nabízet tekutiny v průběhu dne.

Zajistit pestrost nabízených tekutin (čaj, ředěné ovocné šťávy, polévky).

Ukázat pacientce, kde jsou na oddělení k dispozici nápoje.

Zaznamenávat orientační množství přijatých tekutin.

Sledovat výskyt projevů dehydratace (oschlé sliznice, snížený turgor).

Ve spolupráci s vnučkou zajistit potravinové přídatky se zvýšeným množstvím vody (ovoce, kompoty).

*Hodnocení:* Pacientka denně přijímala 1,5 – 2 litry tekutin v podobě čaje, ředěných džusů a polévek. Během hodnoceného období se u pacientky nevyskytly projevy dehydratace. V prvních dnech bylo nutné připomínat, aby se napila, a tekutiny podat. Rovněž bylo třeba dohlédnout, zda podané nápoje skutečně vypila. V současnosti si v průběhu dne sama pro pití dojde, dokáže se obsloužit, přesto je třeba monitorovat celkové množství přijatých tekutin.

***Nedostatečný odpočinek a spánek z důvodu zvýšeného psychomotorického tempa***

*Cíl:* Pacientka neprojevuje, ani nesděluje únavu. Pacientka spí nepřerušovaně, po probuzení se cítí odpočínutá.

*Intervence:* Motivovat pacientku k průběžnému odpočinku (posezení u televize, odpočinek po obědě).

Zajistit častější přítomnost další osoby (personál, vnučka) a nabízet nenáročnou společnou činnost.

Umožnit pozdější uložení ke spánku a zajistit klidnou atmosféru při ukládání.

Při neklidu podat medikaci podle ordinace lékaře.

*Hodnocení:* Pacientka se postupně zklidnila. Dobře na ni působí zejména přítomnost vnučky, která pacientku navštěvuje obden. Odpočinek po obědě tráví v lůžku, většinou podřimuje. V průběhu dne střídá procházky po oddělení a posezení u televize, v doprovodu chodí na zahradu. Únavu pociťuje. Usíná dobře, většinou mezi 21. a 22. hodinou. Spí nepřerušovaně, budí se kolem 5. hodiny.

### ***Porucha soběstačnosti v oblasti osobní hygieny a oblékání z důvodu poruchy kognitivních funkcí***

*Cíl:* Pacientka si udrží maximální možnou míru soběstačnosti v uvedených oblastech. Pacientka bude čistá, upravená a přiměřeně oblečená.

*Intervence:* Připravit pacientce potřebné hygienické pomůcky a vhodné oblečení a zajistit dohled během mytí a oblékání.

Ponechat pacientce samostatnost ve všech úkonech, které je schopna zvládnout, a poskytnout dostatek času na jejich provedení.

Poskytnout podporu a dopomoc při úkonech, které pacientka nezvládá.

Zajistit celkovou koupel (sprchování) minimálně 1x za tři dny.

Průběžně sledovat, zda se pacientka neznečistila, a podle potřeby zajistit převlečení nebo umytí.

Průběžně sledovat, zda je pacientka oblečena přiměřeně teplotě na oddělení a podle potřeby upravit oblečení.

Podle možností nacvičovat samostatné zvládnutí dalších úkonů.

*Hodnocení:* V prvních dnech pacientka vyžadovala intenzivnější pomoc a trpělivý přístup. V současnosti pacientka dobře spolupracuje, je schopna provést ranní hygienu včetně čištění zubů, je však nutné jí připomínat některé úkony. Při sprchování je nutný dohled a pomoc. V oblékání potřebuje pomoc při výběru oblečení a při konečné úpravě zevnějšku, rovněž je nutný průběžný dohled na čistotu oblečení.

### ***Občasná inkontinence moči z důvodu poruchy kognitivních funkcí***

*Cíl:* Pacientka si udrží schopnost používat toaletu. Pacientka je čistá, integrita kůže v oblasti genitálu je neporušená.

*Intervence:* Zajistit vymočení před uložením ke spánku.

Omezit příjem tekutin po 18. hodině.

Vybavit pacientku na noc vhodnou inkontinenční pomůckou.

Při probuzení v průběhu noci doprovodit pacientku na toaletu a motivovat k vymočení.

Sledovat chování pacientky v průběhu dne a při pokusu o vymočení na nevhodném místě ji doprovodit na toaletu.

Zajistit dostatečnou hygienu po použití toalety.

Zajistit výměnu ložního prádla, převlečení a osprchování v případě potřeby.

*Hodnocení:* Inkontinence moči se projevila pouze v prvních dnech hospitalizace, především v noci. Přestože byla pacientka vybavena inkontinenční pomůckou, personál ji v případě probuzení doprovodil na toaletu. Podařilo se tak zachovat návyk používat toaletu. Se stabilizací psychického stavu a zlepšením orientace na oddělení pomočování po několika dnech zcela ustalo.

### ***Riziko pádu a zranění z důvodu věku, dezorientace a neschopnosti rozpoznat nebezpečí***

*Cíl:* Pacientka neupadne a nezraní se.

*Intervence:* Zajistit průběžný přehled o tom, kde se pacientka momentálně nachází.

Zajistit pacientce pevnou obuv s neklouzavou podrážkou.  
V nočních hodinách ponechat noční osvětlení a poskytnout doprovod na toaletu.  
Podporovat orientaci pacientky v prostorách oddělení.  
V případě rušivého chování pacientky vůči ostatním minimalizovat konflikt.  
Provést screening rizika pádu po každém pádu, při změně zdravotního stavu a při změně medikace.

*Hodnocení:* Pacientka ve sledovaném období neupadla, ani se neporanila. Na oddělení se pohybuje s větší jistotou. V prvních dnech docházelo ke konfliktům s ostatními pacientkami, kterým brala věci nebo vlézala do lůžka, tyto situace se však podařilo včas zachytit a předejít napadení a možnému poranění. Vzhledem k věku pacientky a poruše kognitivních funkcí však riziko pádu trvá. Screening rizika pádu v sedmém dni hospitalizace signalizuje střední riziko. (příloha č. 3)

***Riziko agresivního chování z důvodu pocitu ohrožení a neschopnosti orientovat se v situaci***

*Cíl:* Nedojde k napadení nebo poranění pacientky, ani jiných osob.

*Intervence:* Monitorovat chování signalizující nárůst tenze a snažit se zjistit příčinu.

Přistupovat k pacientce klidně, laskavě a trpělivě, s využitím přiměřené neverbální komunikace.

Vysvětlovat pacientce srozumitelně všechny ošetřovatelské úkony.

Při projevech nespokojenosti nebo nesouhlasu přerušit prováděnou činnost a znovu pacientce vysvětlit její smysl.

Podle možností vysvětlit opakovaně spolupacientkám důvody rušivého chování pacientky.

V případě nutnosti využít omezení pacientky podle ordinace lékaře a na nezbytně nutnou dobu.



*Hodnocení:* V prvních dnech hospitalizace byla pacientka neklidná, paranoidní a často reagovala slovní agresí, zejména vůči personálu. Brachiální agrese se objevila jen v náznacích. Večer se neklid obvykle stupňoval a docházelo ke konfliktním situacím, když pacientka prohlížela cizí noční stolky, odnášela osobní věci ostatních pacientek a chtěla se ukládat do jejich lůžka. S ohledem na intenzitu neklidu a nemožnost zvládnout situaci domluvou byla pacientka dvakrát farmakologicky omezena v souladu s ordinací lékaře. Od čtvrtého dne hospitalizace je pacientka podstatně klidnější, spolupracuje, rušivé chování vymizelo.

### **3.5 Dlouhodobý plán ošetrovatelské péče**

Akutní stav, pro který byla pacientka hospitalizována, poměrně rychle odezněl. Delirantní stavy se však často opakují, proto bude v další péči žádoucí zaměřit pozornost personálu na **sledování časných projevů deliria** a zajistit poskytování takové ošetrovatelské péče, která přispěje k **prevenci rozvoje dalších delirantních stavů**.

U pacientky přetrvává středně těžký deficit kognitivních funkcí, který je důsledkem vaskulární demence. Paměť pacientky je narušena ve všech složkách, je patrná výrazná porucha exekutivních funkcí, pacientka je dezorientovaná. Tyto poruchy významně postihují její soběstačnost ve všech oblastech. Dlouhodobý plán péče by měl být zaměřen na **udržení co nejvyšší míry soběstačnosti** pacientky a současně na **zajištění odpovídající péče** tam, kde toho již pacientka není schopna. Vzhledem k prognóze demence je třeba počítat s **postupným převzetím péče o základní potřeby** pacientky v celém rozsahu.

V souvislosti s úbytkem psychických i fyzických schopností bude nutné i nadále **zajistit bezpečnost pacientky** tak, aby nedocházelo k poranění a současně aby nebyla v pohybu omezována více, než bude nezbytně nutné.

Po odeznění delirantního stavu pominou důvody hospitalizace na akutním gerontopsychiatrickém oddělení. Pacientka však již není schopna žít samostatně ve svém bytě a v jejím okolí není nikdo, kdo by si ji vzal do domácího ošetřování. Je tedy třeba ***zajistit pacientce umístění do pobytového zařízení***, kde jí bude poskytována adekvátní péče. Do té doby bude pacientka dále hospitalizována v psychiatrické léčebně, na oddělení následné gerontopsychiatrické péče. Na tomto oddělení jí bude poskytována obdobná péče jako na oddělení stávajícím.

Domnívám se, že by pro pacientku bylo za daných okolností nejvhodnější zařízení specializované na péči o osoby trpící demencí. Život v jiném typu zařízení by pro ni byl podle mého názoru příliš zatěžující a neodpovídal by jejím potřebám.

Vnučka pacientky ve spolupráci se sociální pracovnící podala žádosti o umístění pacientky do několika domovů pro seniory, jejichž součástí je také oddělení se zvláštním režimem, zaměřené na péči o osoby s demencí. Vzhledem k trvalému nedostatku míst v těchto zařízeních, zejména v Praze a Středočeském kraji, je však třeba počítat s dlouhou čekací lhůtou.

## Závěr

Demence je dlouhodobé, postupně se zhoršující onemocnění, a deliria představují jeho závažnou komplikaci. Navzdory nepříznivé prognóze však lze kvalitu života pacientů i jejich rodinných příslušníků po dlouhou dobu udržovat na uspokojivé úrovni. Prostředkem k tomu je adekvátní léčba a kvalitní psychosociální podpora nemocných i jejich pečovateli.

V terapii delirantních stavů je jedním z důležitých faktorů včasné rozpoznání příznaků nastupujícího deliria - přispívá ke zkrácení i zmírnění průběhu delirantního stavu. Ošetrovatelský personál je s pacientem v intenzivním kontaktu a může změny psychického stavu pacienta zachytit jako první. Je proto žádoucí, aby si ošetrovatelský personál osvojil dostatečné znalosti o symptomech deliria a byl veden k cílenému vyhledávání časných příznaků, zejména u rizikových pacientů.

Pacienti s diagnózou deliria nasedajícího na demenci se ocitají v situaci, kdy je kromě jejich zdraví ohrožena také lidská důstojnost a omezena svoboda rozhodování. Kvalita jejich života tak závisí nejen na materiálních možnostech, ale také na lidských kvalitách osob, které o ně pečují. Laskavost, trpělivost, úcta a respekt jsou stejně důležitou složkou péče jako vhodné léky a správná výživa.

## Seznam použité literatury

[1] JIRÁK, Roman, et al. *Demence a jiné poruchy paměti*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2009.

ISBN 978-80-247-2454-3

[2] KALVACH, Zdeněk, et al. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2008.

ISBN 978-80-247-2490-4

[3] HÖSCHL, Cyril, et al. *Psychiatrie*. 1. vyd. Praha: TIGIS, 2002.

ISBN 80-900130-1-5

[4] LANGMEIER, Miloš, et al. *Základy lékařské fyziologie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2009.

ISBN 978-80-247-2526-0

[5] KROMBHOLZ, Richard. Farmakologicky navozené deprese. *Psychiatrie pro praxi*. 2008, 9(5), 209-212.

ISSN 1213-0508

[6] Česká alzheimerská společnost. *Strategie České alzheimerské společnosti: Podpora a péče lidem postiženým syndromem demence*. [online] Praha: ČALS, 2008, [cit. 2012-07-02]. Dostupné z:

<http://www.alzheimer.cz/res/data/000063.pdf>

[7] MARKOVÁ, Eva, et al. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. 1. vydání. Praha: Grada, 2005.

ISBN 80-247-1151-6

[8] Zákon č. 372/2011 Sb. ze dne 6. listopadu 2011 o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování.

[9] *Madridský plán a jiné strategické dokumenty*. Uspořádaly Iva Holmerová a Martina Rokosová; překlad Iva Holmerová. 1. vyd. Praha: EV public relations, 2007.

ISBN 978-80-254-0174-3

[10] PAVLÍKOVÁ, Slavomíra. *Modely ošetrovatelství v kostce*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006.

ISBN 80-247-1211-3

- [11] HENDERSON, Virginia A. *ICN Základní principy ošetrovatelské péče*. [s.l.]: ICN. [196-?]
- [12] Testy a dotazníky. *Centrum pro výzkum, diagnostiku a léčbu Alzheimerovy nemoci* [online]. Praha, 2010, 1.6.2011 [cit. 2012-07-23]. Dostupné z: [http://www.pcp.lf3.cuni.cz/adcentrum/klinicka\\_cast/dotazniky.html#MMSE](http://www.pcp.lf3.cuni.cz/adcentrum/klinicka_cast/dotazniky.html#MMSE)
- [13] BOHUSLAV ŠKOP. *Automatizovaný informační systém léčivých přípravků* [CD]. Praha, 2012, 4.7.2012 [cit. 20.7.2012].
- [14] ŠLAISOVÁ, Ivana – HOSÁK, Ladislav – MICHÁLKOVÁ, Věra. *Ošetrovatelství v psychiatrii pro bakalářské studium*. 1. vyd. Hradec Králové: NUCLEUS HK, 2004.  
ISBN 80-86225-51-8

## **Seznam příloh**

**Příloha č. 1:** Mini-Mental State Examination – dotazník.

**Příloha č. 2:** Screening rizika vzniku dekubitu podle Nortonové.

**Příloha č. 3:** Screening pro určení zvýšeného rizika pádu.

**Příloha č. 4:** Ošetřovatelská anamnéza.

**Příloha č. 5:** Plán ošetřovatelské péče.

**Příloha č. 6:** Souhlas s použitím informací ze zdravotnické dokumentace.

**Příloha č. 7:** Souhlas s použitím formulářů pro ošetřovatelskou anamnézu a screeningy.

**MINI-MENTAL STATE EXAMINATION - ZÁZNAMOVÝ LIST**

Jméno / rok narození		Datum vyšetření								
		1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	
		den	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		měsíc	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		rok	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**1. ORIENTACE**

Jaký den v týdnu je dnes?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Kolikátého je dnes? Jaké je dnes datum?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Který měsíc v roce je nyní?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Který rok je nyní?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Jaké je nyní roční období?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ve kterém státě jsme?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
V kterém okrese jsme?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ve kterém městě jsme?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Jak se jmenuje tato nemocnice (lékařovnické zařízení)?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ve kterém poschodí se nacházíme?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**2. ZAPAMATOVÁNÍ**

Bezprostřední reprodukce tří předmětů:	citron	lopata	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	klíč	šátek	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	babička	váza	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**3. POZORNOST A POČÍTÁNÍ**

Opakované odečítání čísla 7 od čísla 100	100		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
nebo hláskování slova POKRM pozpátku	93	M	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	86	R	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	79	K	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	72	O	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	65	P	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**4. PAMĚŤ, VÝBAVNOST**

Reprodukce tří předmětů z bodu 2:	lopata	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	šátek	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	váza	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**5. POJMENOVÁNÍ**

Ukažte náramkové hodinky:	"Co je to?"	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ukažte tužku:	"Co je to?"	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**6. OPAKOVÁNÍ**

Opakování věty:	"Žádné kdyby anebo ale".	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
-----------------	--------------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

## 7. TŘÍSTUPŇOVÝ PŘÍKAZ

Porozumění (sdělený třístupňový příkaz):

"Vezměte tento papír do vaší pravé ruky,  
přeložte ho jednou na polovinu oběma rukama  
a položte na zem".

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 8. ČTENÍ A SPLNĚNÍ PŘÍKAZU

Porozumění (písemný jednostupňový povel):

ZAVŘETE OČI

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

## 9. PSANÍ

Napsání věty

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

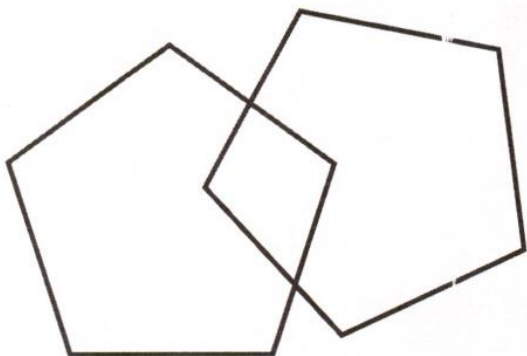
## 10. OBKRESLOVÁNÍ

Obkreslení předlohy průniku dvou pětiúhelníků

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

**CELKOVÉ SKORE**

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------



# ZAVŘETE OČI



## Příloha č. 2

Riziko vzniku dekubitu dle Nortonové rozšířená škála

Datum testu: 03.07.2012, 09:58

činnost/faktor	hodnocení	body
1. Schopnost spolupráce	částečná	3
2. Věk	nad 60	1
3. Stav pokožky	suchá	1
4. Přidružené onemocnění	žádné	4
5. Fyzický stav	dobrý	4
6. Stav vědomí	zmatený	2
7. Aktivita	chodí	4
8. Pohyblivost	úplná	4
9. Inkontinence	občas	3

Celkové hodnocení: **žádné** body: 26

Zapsal(a): Blanka NOVOTNÁ  
ř. 22

### Příloha č. 3

#### Screening pro určení zvýšeného rizika pádu

Datum testu: 03.07.2012, 09:56

činnost/faktor	hodnocení	body
1. DDD (dezorientace, demence, deprese)	ano	3
2. Věk 65 let a více	ano	2
3. Pád v anamnéze	ne	0
4. Pobyť prvních 24 hodin po přijetí nebo překlada na lůžkové odd.	ano	1
5. Zrakový/sluchový problém	ne	0
6. Užívání léků	ano	1
7. Soběstačnost	částečná	2
8. Schopnost spolupráce	částečně spolupracující	1
9. Míváte někdy závratě?	ne	0
10. Máte v noci nucení na močení?	ne	0
11. Budíte se v noci a nemůžete usnout?	ne	0

**Celkové hodnocení: střední riziko body: 10**

Zapsal(a): Blanka NOVOTNÁ  
ř. 25

#### Screening pro určení zvýšeného rizika pádu

Datum testu: 10.07.2012, 08:40

činnost/faktor	hodnocení	body
1. DDD (dezorientace, demence, deprese)	ano	3
2. Věk 65 let a více	ano	2
3. Pád v anamnéze	ne	0
4. Pobyť prvních 24 hodin po přijetí nebo překlada na lůžkové odd.	ne	0
5. Zrakový/sluchový problém	ne	0
6. Užívání léků	ano	1
7. Soběstačnost	částečná	2
8. Schopnost spolupráce	částečně spolupracující	1
9. Míváte někdy závratě?	ne	0
10. Máte v noci nucení na močení?	ne	0
11. Budíte se v noci a nemůžete usnout?	ne	0

**Celkové hodnocení: střední riziko body: 9**

Zapsal(a): Blanka NOVOTNÁ  
ř. 50

## Příloha č. 4

Psychiatrická léčebna Bohnice, Ústavní 91, 181 02 Praha 8, tel. 284016111, IČO: 00064220

### OŠETŘOVATELSKÁ ANAMNÉZA

ze dne: 03.07.2012

Schopnost pacienta odběru dat: pacientka není schopna poskytnout všechny údaje; doplněno po

#### ZÁKLADNÍ VYŠETŘENÍ SESTROU

Jak si přejete být osloven(a): paní V.

potřeba edukace: ano

TK: 140/90 puls: 72 TT: 36.6 dýchání: eupnoické

tělesná hmotnost (kg): 50.000 výška (cm): 160

celkový vzhled, úprava: upravený(á)

alergie na: dle vnučky není

heteroagresivita:

verbální,

epilepsie: ne

#### 1. VNÍMÁNÍ ZDRAVOTNÍHO STAVU

náhled na onemocnění: žádný

motivace k léčbě: ne

návyky: kouření, kolik cigaret denně: 2/den

#### 2. VÝŽIVA, METABOLISMUS, KŮŽE

BMI: 19.53

stav výživy: v normě

způsob příjmu stravy: per os

omezení ve stravování: ne

diabetes: ne

chuť k jídlu: přiměřená

potíže a problémy při jídle: ano s kousáním

příjem tekutin za 24 hod.: méně než 1 litr

kožní turgor: v normě

stav sliznic: v normě

stav kůže: bez defektu

#### 3. VYLUČOVÁNÍ

stolice: pravidelná

á 2 dny; 2.7.2012

močení: inkontinence: pleny na noc

pocení: přiměřené

#### 4. AKTIVITA, CVIČENÍ

úroveň soběstačnosti v sebezpečí, schopnost:

najíst se: 2

napít se: 3

umýt se: 3

vykoupat se: 4

obléci se: 2

při vyprazdňování stolice: 0

při vyprazdňování moči: 3

přesun lůžko - židle: 0

chůze po rovině: 0

chůze po schodech: 0

uvařit si: 4

nakoupit si: 5

udržovat domácnost: 4

samostatně se pohybovat na veřejných komunikacích: 5

samostatně používat MHD: 5

používat telefon: 4

volný čas, zájmy, záliby: četba, hudba

#### 5. SPÁNEK, ODPOČINEK

spánek: narušený, zhoršené usínání

-----  
odpočinek: pasivní  
-----

#### 6. VNÍMÁNÍ, POZNÁVÁNÍ

vědomí: změněné, delirium  
paměť: změněná, zapominání, konfabulace  
myšlení: zpomalené  
koncentrace: nesoustředí se  
vnímání: jiné: paranoidní percepce  
psychomotorika: změněná, zrychlené PMT  
orientace: částečná orientace: osobou  
komunikace: neadekvátní: jiné: nepřiléhavá  
nálad: nepřiměřená: úzkostná  
chování: změny v chování: nedůvěřivé, negativismus, verbální agresivita  
zrak: dobrý  
sluch: dobrý  
řeč: srozumitelná; plynulá  
bolest: neudává  
-----

#### 7. SEBEPOJETÍ

povahové vlastnosti: neudává  
-----

#### 8. ROLE - MEZILIDSKÉ VZTAHY

sociální zázemí: rozvedená, žije sama, pravidelný kontakt s vnučkou  
-----

#### 9. SEXUALITA - REPRODUKČNÍ SCHOPNOST

klimakterium  
-----

#### 11. VÍRA, PŘESVĚDČENÍ, ŽIVOTNÍ HODNOTY

životní hodnoty nelze zjistit  
duchovní hodnoty, potřeby, přání nelze zjistit  
plány do budoucna nelze zjistit  
co očekáváte od léčby nelze zjistit  
-----

#### TESTY

Barthelův test: lehká závislost ( 80 bodů)  
-----

#### ZÁVĚR



Pacient/zákonný zástupce byl seznámen s:  
Právy pacientů  
Domácím řádem  
prostředím oddělení  
-----

Oš. anamnéza uzavřena dne:



Uzavřel(a):

ř. 61



Příloha č. 5: Plán ošetrovatelské péče – str. 1

Datum	Ošetrovatelská diagnóza	Cíle (krátkodobé, dlouhodobé)	Plán ošetrovatelské péče	Efekt poskytnuté péče	Podpis sestry
6.7.2012 (4.) denní směna	Porucha soběstačnosti v oblasti osobní hygieny a oblékání z důvodu poruchy kognitivních funkcí	Pacientka je čistá a upravená. Sama si umyje obličej, vyčistí zuby a učeše se.	Připravit pacientce hygienické potřeby k umývadlu. Připravit pacientce čisté prádlo a oblečení. Pacientka se myje a obléká samostatně, dopomoc jen v případě potřeby. Dohled na čistotu oblečení během dne.	Pacientka si sama umyla obličej a ruce, vyčistila zuby, učešala se. Je jí to příjemné. Občas potřebuje napovědět, co má následovat. Obléka se sama, je nutné pomoci se zapínáním a celkovou úpravou. Při snídani se potřísnila džemem, převlékla se velmi neochotně, obtěžovalo ji to.	
	Nedostatečný odpočinek a spánek z důvodu zvýšeného psycho-motorického tempa	Pacientka v průběhu dne krátce odpočívá.	Dopoledne jednoduché činnosti v rámci činnostní terapie, v přítomnosti terapeutky. Po obědě klid na lůžku v přítomnosti personálu. Odpoledne posezení s ostatními pacientkami u kávy.	V přítomnosti personálu klidnější, u činnosti vydrží jen krátce, nesoustředí se, odbíhá. Při rozhovoru však vydrží sedět. Po obědě si krátce zdřímla na lůžku.	

Příloha č. 5: Plán ošetrovatelské péče – str. 2

Datum	Ošetrovatelská diagnóza	Cíle (krátkodobé, dlouhodobé)	Plán ošetrovatelské péče	Efekt poskytnuté péče	Podpis sestry
6.7.2012 (4.) denní směna	<p>Snížený příjem tekutin z důvodu sníženého pocitu žízně a poruchy kognitivních funkcí</p> <p>Porucha orientace časem, místem a situací z důvodu poruchy vědomí a poruchy kognitivních funkcí</p>	<p>Pacientka přijme min. 2l tekutin.</p> <p>Upevnění orientace časem, místem a situací.</p>	<p>Aktivně nabízet tekutiny. Zajistit, aby pacientka podané tekutiny vypila. Podle možnosti nácvik sebeobsluhy. Záznam o množství přijatých tekutin.</p> <p>Ráno informovat o aktuálním datu a dni v týdnu. V průběhu dne vhodnou formou upevňovat informaci v paměti. Formou společně procházky procvičovat orientaci na oddělení. Podle potřeby opakovaně vysvětlit, kde se nachází a proč.</p>	<p>Pacientka vypila cca 1,7l tekutin (čaj, polévka, minerálka). Pokud jí není tekutina nabídnuta, nenapíše se. S pomocí si nalila čaj z termosu, zatím nutný doprovod a dohled.</p> <p>Pacientka je schopna informací o datu a dni v týdnu podržet pouze krátkou dobu. Místem a situací je stále dezorientovaná.</p>	 

Příloha č. 5: Plán ošetrovatelské péče – str. 3

Datum	Ošetrovatelská diagnóza	Cíle (krátkodobé, dlouhodobé)	Plán ošetrovatelské péče	Efekt poskytnuté péče	Podpis sestry
6.7.2012 (4.) denní směna	Riziko pádu a zranění z důvodu věku, dezorientace a neschopnosti rozpoznat nebezpečí	Pacientka neupadne a nezraní se.	Průběžně kontrolovat, zda je pacientka správně obutá. Průběžně monitorovat její pohyb po oddělení. V době po podání medikace zajistit, aby pacientka setrvala pod přímým dohledem alespoň 40 min.	Pacientka byla během dne klidná, nedošlo k pádu, ani poranění.	
	Riziko agresivního chování z důvodu pocitu ohrožení a neschopnosti orientovat se v situaci	Pacientka v průběhu dne neohrozí sebe, ani ostatní.	Průběžně monitorovat pohyb pacientky po oddělení. Klidně a srozumitelně vysvětlit všechny požadavky vůči pacientce. V případě negativistického chování poskytnout pacientce prostor, nenaléhat. V případě rušivého chování vhodnou formou odvést pozornost pacientky k jiné činnosti, ev. do jiné místnosti.	Pacientka byla během dne klidná a spolupracující. Došlo jen k drobnému slovnímu konfliktu s jinou pacientkou, který byl zvládnut vysvětlením a domluvou.	

**Etická komise**

[ekomise@plbohnice.cz](mailto:ekomise@plbohnice.cz)

Psychiatrická léčebna Bohnice  
státní příspěvková organizace  
IČO: 00064220 DIČ: CZ00064220  
181 02 Praha 8, Ústavní 91  
ředitel organizace: MUDr. Martin Hollý



**Blanka Novotná**

asistentka hlavní sestry  
Psychiatrická léčebna Bohnice  
Ústavní 91  
181 02 Praha 8 Bohnice

Naše značka:

Vyřizuje/linka: **420284016141**

V Praze dne , **26. 6.2012**

**Žádost o vyslovení souhlasu k použití informací ze zdravotnické dokumentace**

Etická komise vyslovila souhlas k použití informací ze zdravotnické dokumentace vybraného pacienta pro účely zpracování případové studie na téma **Ošetrovatelská péče o pacienta s dg. delirium nasedající na demenci.**

Studie bude vypracována v rámci bakalářské práce v oboru ošetrovatelství na 3. LF UK Praha. Vybraný pacient bude požádán o souhlas, kazuistika bude zpracována anonymně.

MUDr. Richard Krombholz  
Předseda etické komise PL Bohnice

Mgr. Jan Pomykacz v.z.  
tajemník etické komise

Psychiatrická léčebna Bohnice  
Etická komise  
Ústavní 91, 181 02 Praha 8,  
Tel.: 28 4016141  
e-mail: [eticka.komise@plbohnice.cz](mailto:eticka.komise@plbohnice.cz),  
[www.plbohnice.cz](http://www.plbohnice.cz)

tel. + 420 725867810, fax, + 420 284016595  
[pomykacz@plbohnice.cz](mailto:pomykacz@plbohnice.cz), [www.plbohnice.cz](http://www.plbohnice.cz)





## **Psychiatrická léčebna Bohnice**

státní příspěvková organizace  
Ústavní 91, 181 02 Praha 8  
IČO 00064220, DIČ CZ00064220  
Bank. spojení KB č.ú. 16434081/0100  
www.plbohnice.cz e-mail:

**Blanka Novotná**  
asistentka hlavní sestry  
Psychiatrická léčebna Bohnice  
Ústavní 91  
181 02 Praha 8

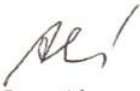
Naše zn.

Vyřizuje/telefon: 420284016124

V Praze dne 28.6.2012

**Věc: Žádost o souhlas k použití formulářů ošetrovatelské péče**

Souhlasím s použitím elektronických formulářů ošetrovatelské péče „Ošetrovatelská anamnéza“, „Screening rizika vzniku dekubitu“ a „Screening pro určení zvýšeného rizika pádu“ pro účely zpracování bakalářské práce v oboru Ošetrovatelství na 3. LF UK Praha, na téma Ošetrovatelská péče o pacientku s dg. delirium nasedající na demenci.

  
Bc. Jana Akrmannová  
hlavní sestra PL Bohnice

Psychiatrická léčebna BOHNICE  
Ústavní 91, 181 02 Praha 8