

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDÍÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2014

Lucie Svatošová

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDÍÍ

Studijní program: Ošetrovatelství B 5341

Lucie Svatošová

Studijní obor: Všeobecná sestra 5341R009

Ošetrovatelská péče o nemocného s deliriem tremens

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. et Bc. Simona Kubešová

PLZEŇ 2014

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala sama a všechny použité prameny jsem uvedla v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne 31. 3. 2014

.....

vlastnoruční podpis

Děkuji Mgr. et Bc. Simoně Kubešové za odborné vedení práce, poskytování rad, připomínek a materiálních podkladů.

Anotace

Příjmení a jméno: Svatošová Lucie

Katedra: Ošetrovatelství a porodní asistence

Název práce: Ošetrovatelská péče o nemocného s deliriem tremens

Vedoucí práce: Mgr. et Bc. Simona Kubešová

Počet stran: číslované - 72, nečíslované - 32

Počet příloh: 13

Počet titulů použité literatury: 31

Klíčová slova: delirium tremens, všeobecná sestra, ošetrovatelská péče

Souhrn:

Bakalářská práce se zabývá problematikou ošetrovatelské péče u pacienta s deliriem tremens. Cílem práce bylo zjistit, do jaké míry mají všeobecné sestry v Psychiatrické nemocnici v Dobřanech znalosti a zkušenosti s ošetrováním pacienta s deliriem tremens. Pro získání těchto informací byl použit kvantitativní výzkum metodou dotazníkového šetření.

Annotation

Surname and name: Svatošová Lucie

Department: Nursing and midwifery

Title of thesis: Nursing care for the delirium tremens sufferer

Consultant: Mgr. et Bc. Simona Kubešová

Number of pages: 72, 32

Number of appendices: 13

Number of literature items used: 31

Key words: delirium tremens, general nurse/nursing staff, nursing care

Summary:

The bachelor's work deals with the nursing care for a patient with delirium tremens. The objective of this task was to determine to what degree the general nursing staff in The Mental Institution in Dobřany display practical knowledge in caring for a patient with delirium tremens. Numerical analysis research method was used to acquire this information.

OBSAH

ÚVOD.....	9
TEORETICKÁ ČÁST.....	10
1 ZNEUŽÍVÁNÍ A ZÁVISLOST.....	11
1.1 Typy závislostí na psychoaktivních látkách	11
1.2 Příčiny vzniku závislostí	11
1.3 Alkohol.....	12
1.3.1 Duševní syndromy spojené s užíváním alkoholu.....	12
1.3.2 Průběh, prognóza, terapie.....	14
1.3.3 Sociální důsledky závislosti na alkoholu.....	14
2 DELIRIUM TREMENS	16
2.1 Klinický obraz a průběh.....	16
2.2 Komplikace	18
2.3 Diagnostika	18
2.4 Léčba.....	19
2.4.1 Režimová terapie.....	20
2.5 Komunikace	21
2.6 Přístup k neklidnému pacientovi.....	22
2.6.1 Omezovací prostředky	22
3 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE U PACIENTA S DELIRIEM TREMENS	24
3.1 Problémy a ošetrovatelské intervence.....	24
3.2 Kazuistika	25
PRAKTICKÁ ČÁST	32
4 FORMULACE PROBLÉMU	33
5 CÍLE VÝZKUMU	33
6 PŘEDPOKLADY	34

7	CHARAKTERISTIKA SOUBORU.....	35
8	METODIKA A ORGANIZACE VÝZKUMU	35
9	ANALÝZA ÚDAJŮ.....	37
10	PREZENTACE A INTERPRETACE ZÍSKANÝCH ÚDAJŮ	65
11	DISKUSE	67
	ZÁVĚR.....	72

LITERATURA A PRAMENY

SEZNAM ZKRATEK

SEZNAM TABULEK

SEZNAM GRAFŮ

SEZNAM PŘÍLOH

ÚVOD

Bakalářská práce se zabývá ošetřováním pacienta s delíriem tremens. Několik let pracuji v Psychiatrické nemocnici v Dobřanech na interním oddělení, kde se často setkávám s pacienty s diagnózou F10 – poruchy vyvolané užíváním alkoholu. Vzhledem k současné situaci, kdy spotřeba alkoholu roste, snižuje se věková hranice uživatelů a zhoršuje se kvalita prodávaného alkoholu, se počet těchto pacientů bude pravděpodobně zvyšovat. Často u těchto pacientů dochází k rozvoji odvykacího stavu s delíriem. Práce s těmito pacienty je náročná pro lékařský i nelékařský zdravotnický personál. Všeobecná sestra je v neustálém kontaktu s nemocným a většinou je prvním objevitelem komplikace, která může nemocného ohrozit na životě.

Cílem této práce je v rámci průzkumného šetření zjistit informovanost zdravotnického personálu v péči o pacienta s delíriem tremens. Do jaké míry má znalosti o této diagnóze, zda dokáže včas rozpoznat a správně zareagovat na vznikající problém, zda dokáže poskytovat adekvátní ošetrovatelskou péči. Toto průzkumné šetření bylo prováděno pomocí dotazníků v Psychiatrické nemocnici v Dobřanech se zaměřením na střední zdravotnický personál. Na základě tohoto šetření a po domluvě s oddělením ošetrovatelské péče bude vypracován standard ošetrovatelské péče o nemocného s delíriem tremens, jehož cílem bude zvýšit úroveň ošetrovatelské péče a minimalizovat riziko vzniku komplikací.

Bakalářská práce je rozdělená na dvě části. Teoretická část se věnuje seznámení s problematikou závislostí, diagnostikou, terapií a komplikacemi deliria tremens, ošetrovatelskými postupy u pacienta s delíriem tremens. V teoretické části jsou také zmíněny omezovací prostředky, které jsou někdy u těchto pacientů nezbytné a v laické společnosti zatracované. Praktická část se věnuje vlastnímu průzkumnému šetření.

TEORETICKÁ ČÁST

1 ZNEUŽÍVÁNÍ A ZÁVISLOST

Již od pradávna se lidé snažili docílit pocitů štěstí, pohody, nevšedních prožitků a výjimečných schopností a odpoutat se od každodenních starostí a problémů. Toho chtěli dosáhnout v krátkém čase a pokud možno bez námahy. K tomu jim měly pomoci psychoaktivní látky. Nejdříve to byly látky přírodní, později uměle syntetizované. Každá historická etapa měla svou drogu, ke které její společnost zaujala negativní nebo pozitivní stanovisko. Na základě většinou negativních zkušeností s drogou společnost stanovila určité normy a tresty. Přesto psychoaktivní látky byly, jsou a budou zneužívány. (1, s. 547, 548)

1.1 Typy závislostí na psychoaktivních látkách

Každá psychoaktivní látka má různé účinky na organismus a proto může vyvolávat různé druhy závislostí. Jedná se buď o *závislost somatickou*, což je charakterizováno adaptací biologických funkcí na určitou psychoaktivní látku, projevující se při vynechání dávky abstinenčním syndromem (neklid, napětí, pocení, třes, průjem) nebo *závislost psychickou*, kdy vzniká podrážděnost a úzkost při myšlence, že by jedinec nedostal svojí dávku a cítil by se špatně. Somatická závislost trvá většinou několik dnů, maximálně několik týdnů, zatímco psychická závislost trvá mnohem déle. (1, s. 549; 2, s. 51)

1.2 Příčiny vzniku závislostí

Pro vznik a rozvoj závislostí je třeba několika vzájemně působících faktorů. Jedním z faktorů je osobnost jedince a predisponující vlivy, jako jsou průběh těhotenství a porodu, genetický základ a jiné. Dalším důležitým faktorem je vliv výchovy a společnosti. Pro vznik závislosti je ale vždy nutná přítomnost drogy a vyvolávající podnět, který proces závislosti rozjede. (3, s. 148)

Každý člověk se může někdy stát závislým na psychoaktivní látce. Náhlá akutní stresová reakce, neuspokojivé sociální zázemí a nefungující vztahy se stávají spouštěčem. Aby nedošlo ke vzniku závislosti, je třeba emočního a racionálního myšlení, uvědomění si rizika řešení problému pomocí drogy. (1, s. 554)

1.3 Alkohol

Jedná se o velmi starou drogu, jejíž užívání je zmíněno už i v bibli. Před 400 lety před Kristem řecký lékař Hippokrates popsal symptomy chronického alkoholismu. S termínem alkoholismus se poprvé setkáváme v roce 1848, jeho současný význam pochází z roku 1866. V České republice je nejužívanější drogou pro snadnou dostupnost a výrobu, toleranci společnosti a legálnosti. Je to droga především společenská, užívaná ve skupině. Uvolňuje napětí, zábrany, zlepšuje náladu, zvyšuje sebevědomí. Alkohol se po požití vstřebává, dále se dostává do krve a následně krevním oběhem do celého těla. Jeho koncentrace v krvi stoupá a maxima dosahuje hodinu po požití. (4, s. 207; 1, s. 555; 3, str. 148)

1.3.1 Duševní syndromy spojené s užíváním alkoholu

Akutní intoxikace je přechodný stav následující po užití alkoholu a je provázen tělesnými, psychickými a behaviorálními změnami. Intoxikace alkoholem je snadno rozpoznatelná, je cítit alkohol v dechu, nálada je labilní, řeč může být dysartrická (porucha řeči, charakterizovaná špatnou artikulací). Neznamená to, že se jedná o škodlivé užívání.

Akutní intoxikace se dělí na:

- mírnou intoxikaci: do 1,5 g/kg alkoholu v krvi (alkoholémie), může se projevovat nutkáním k hovoru, později utlumením, sníženou sebekritičností a sebekontrolou, sníženou koncentrací
- střední intoxikaci: 1,5 – 2,5 g/kg alkoholu v krvi, může se projevovat změnou psychomotorického tempa, nejasností vnímání, zpomalenými myšlenkovými pochody, poruchou kontroly a pozornosti, blábolením při hovoru, zrychlením pulsu, prohlubováním únavy a vyčerpaností
- těžkou intoxikaci: nad 2,5 g/kg alkoholu v krvi, může se manifestovat poruchou orientace, poruchou chování, může se vyskytnout porucha vědomí a hrubá porucha koordinace

Škodlivé užívání je dlouhodobé užívání alkoholu poškozující zdraví (somatické nebo psychické). V tomto stádiu obvykle lidé nemají zájem o léčbu

a nevyhledávají pomoc, nejsou schopni plnit své hlavní povinnosti (například v práci a v domácnosti).

Syndrom závislosti je seskupení behaviorálních, kognitivních a fyziologických příznaků vyvíjejících se po opakovaném užívání alkoholu. Dochází ke zvyšování tolerance, která je spolehlivou indicií závislosti. Dochází ke změně osobnosti, vyskytují se poruchy nálady, ztráta zájmů, zanedbávání zevnějšku, abstinenční příznaky a tělesné potíže.

Odvykací stav je skupina somatických a psychických příznaků různého seskupení a stupně závažnosti, které vznikají po náhlém vysazení nebo prudkém snížení dávky při dlouhotrvajícím užívání. Začátek a průběh je časově limitován. Alkoholový syndrom z vysazení se může projevovat od mírného syndromu nevyžadujícího medikaci po delirium tremens ohrožující život.

Odvykací stav s deliriem je charakterizován kvalitativní změnou vědomí s halucinacemi a třesem. Delirium tremens vzniká většinou 2 - 3. den po ukončení příjmu alkoholu. (5, s. 555)

Psychotická porucha je výskyt různých psychotických fenoménů objevujících se jako následek těžkého abúzu alkoholu. Jsou charakteristické halucinace trvající alespoň týden, bludy, vztahovačnost, psychomotorické poruchy a abnormální emoce.

Amnestický syndrom se vyznačuje chronickým postižením paměti, konfabulací, euforií. Je komplikací chronického alkoholismu. Etiologií je nedostatek thiaminu. (6, s. 212 – 214; 7, s. 304 - 308, 210; 8, s. 164 - 165)

Reziduální stav a psychotická porucha s pozdním začátkem. Po vyléčení psychických poruch vznikajících při dlouhodobém abúzu alkoholu mohou některé příznaky setrvávat, jedná se o změny osobnosti, paranoiditu a jiné bludy. Častým projevem je alkoholická demence, vyznačující se brutalitou a emoční labilitou. (4, s. 214)

1.3.2 Průběh, prognóza, terapie

Závislost na alkoholu je chronické recidivující onemocnění. Pokud nedojde k adekvátní léčbě, onemocnění má sklon k progresi a v terminálním stádiu může dojít až k nutnosti trvalého umístění v psychiatrickém zařízení. Při úspěšné léčbě naopak dochází k uzdravení. U alkoholu nelze zajistit kontrolu užívání – pití, podle řady odborníků je trvalá abstinence základní podmínkou léčby. U velké části léčených pacientů nedochází k trvalé abstinenci po první léčbě a dochází k mylné představě, že léčba závislosti na alkoholu je marná a zbytečná.

Hlavní roli v terapii závislosti na alkoholu má psychoterapie. Ta může probíhat formou individuálního poradenství nebo formou skupinové terapie, kdy nemocní pomocí ostatních se snaží pochopit své vlastní problémy a sami mohou nalézt jejich řešení. Jedním z hlavních cílů je získat náhled, realizovat změny životního stylu a následné pevné rozhodnutí pro abstinenci. Důležitý význam má farmakoterapie a v zahraničí například akupunktura a fyzikální terapie. Pomoci mohou i některé organizace jako jsou například Anonymní alkoholici. Prognóza může být příznivá, ale je potřeba včas zahájit léčbu, mít motivaci, sociální stabilitu, vhodný věk, přiměřenou inteligenci, dobrý náhled a nepřítomnost rysů antisociální osobnosti. (9, s. 142 – 143; 10, s. 49)

1.3.3 Sociální důsledky závislosti na alkoholu

Dle PhDr. Vladimíra Pohla alkoholismus začíná tam, kde se již za alkohol platí něčím jiným než penězi. (11, s. 16)

Česká společnost je k alkoholu dosti tolerantní, ale očekává, že člověk zná hranici přijatelného chování. Pokud člověk ztratí schopnost své chování ovládat, přestane být společností akceptován a získá statut alkoholika. Tento člověk je společností odmítán a odsuzován, ženy více než muži. Alkoholik selhává ve své profesní roli a dochází ke ztrátě zaměstnání. Velkou zátěž představuje tento člověk i pro jeho rodinu, dochází k narušení rodinných vztahů a ke změně vztahů. Snižuje se společenský statut celé rodiny, rodina má i materiální problémy, může dojít k rozpadu rodiny. Člověk závislý na alkoholu není schopen plnit své rodičovské povinnosti, může ohrozit zdravotní stav i nepříznivě ovlivňovat

psychický stav svého dítěte. Špatná zkušenost s rodičem - alkoholikem může negativně ovlivnit jejich pozdější vztah k sobě a okolí. Jejich postoj k alkoholu je buď zcela negativní, nebo sami začnou pít. (1, s. 570 - 573)

2 DELIRIUM TREMENS

Po vysazení alkoholu při dlouhodobém užívání dochází k odvykacímu stavu, který se vyznačuje *vegetativními příznaky* - palpitace, tachykardie, vzestup krevního tlaku, někdy zvracení, malátnost, nespavost, dále *psychickými potížemi* jako je neklid, deprese, úzkost, nevykonnost a jiné. K dramatickému průběhu dochází u odvykacího stavu s deliriem tremens. (12, s. 64) Odvykací stav u lidí závislých na alkoholu se asi v 5% rozvine do deliria. Může se objevit v jakémkoliv věku, nejčastěji však mezi 30 - 50. rokem, častěji u mužů než u žen, většinou po 5 - 15 letech těžkého pití.

Delirium tremens může ohrozit život nemocného, letalita u neléčeného deliria je až 30%, při adekvátní léčbě pouze 0,5%. U nemocných s dlouhodobým, každodenním a nadměrným příjmem alkoholu, dále u nemocných po prodělaném deliriu nebo s epileptickými záchvaty alkoholové etiologie se zvyšuje pravděpodobnost vzniku deliria. (13, s. 253; 14, s. 200; 15, str. 134) Jde o subakutní až akutní vznik psychózy a somatických doprovodných příznaků při chronickém abúzu alkoholu. (16, s. 32)

2.1 Klinický obraz a průběh

Delirium tremens se obvykle rozvíjí druhý až třetí den abstinence nebo při podstatném snížení příjmu alkoholu. Nejčastěji dochází k neplánované abstinenci při umístění alkoholika do vazby, při akutním onemocnění nebo akutní hospitalizaci, častěji se rozvíjí večer a v noci - tma a stresové situace jeho průběh zhoršují. (17, s. 165; 18, s. 62) Delirium může začít neurčitými prodromálními příznaky, nemocný začne trpět mírným tělesným neklidem, má problémy jasně uvažovat. Nemocný není schopen udržet pozornost a nedůležité podněty se stávají důležitými. Objevují se poruchy spánku, živé sny a noční můry. Objevuje se hypersenzibilita k sensorickým podnětům.

Mezi typické klinické příznaky deliria patří různé *psychopatologie*: kvalitativní porucha vědomí – zmatenost až chaotičnost, neschopnost udržet bdělost při vyšetření. Myšlení je zpomalené nebo naopak zrychlené, nesouvislé

s paranoidními domněnkami a bludy, často nesoudnost. Psychomotorická aktivita je snižená nebo zvýšená, může se střídat. Nemocný je dezorientován časem, místem, situací a někdy i osobou. Nemocný má iluze a halucinace, nejčastěji optické, méně často akustické. Kvalitativní porucha myšlení se projevuje bizarními bludy, které se mění. Paměť je zhoršená, především krátkodobá. Dochází k poruchám v cyklu spánek – bdělost (pospávání během dne a noční neklid).

Mezi *tělesné příznaky* patří třes, který je nejdříve jemný, později hrubý, dále se může vyskytnout ataxie (porucha koordinace pohybů), agnózie (ztráta schopnosti rozpoznat předměty, osoby, zvuky, tvary či vůně), dysartrie (porucha řeči, charakterizovaná špatnou artikulací), dysgrafie (specifická porucha grafického projevu) a někdy afázie (porucha chápání, myšlení a nacházení slov). Mezi vegetativní příznaky patří zvýšení tělesné teploty, zčervenání obličeje, tachykardie, pocení, kolísání krevního tlaku, nauzea, zvracení a průjem.

Poruchy chování se vyznačují zvýšeným neklidem a hyperaktivitou, agresivitou, útočností nebo bráněním se běžnému zacházení. Někdy se může naopak vyskytovat apatie, stažené chování s hypoaktivitou nebo se střídá neklid s apatií. (19, s. 205; 20, s. 253) Typický je kolísavý průběh deliria a zhoršování příznaků v noci. Tento stav většinou trvá 3 - 6 dní a končí hlubokým spánkem (terminální spánek). Poté se nemocný většinou probouzí do normálního duševního stavu nebo symptomatologie odeznívá postupně.

Spolu s klinickým obrazem deliria tremens lze nalézt fyzikální a laboratorní známky orgánového poškození alkoholem. Nemocný může mít ikterus, hepatomegalii, pavoučkové névy, hematomy, otoky, ascites, dále může trpět dehydratací a malnutricí. V laboratorním vyšetření lze nalézt makrocytární anémii nebo jen makrocytózu, trombocytopenii, zvýšení jaterních testů, může být hypokalémie, hypomagnezémie, kolísání v glykémii, dále dle závažnosti jaterního poškození je zvýšen bilirubin, prodloužený Quickův test, snížený albumin a jiné. (13, s. 253)

2.2 Komplikace

V průběhu deliria může dojít k četným a častým komplikacím. Nejčastěji se jedná o pád z lůžka s následným poraněním nebo poranění při epileptickém záchvatu. Epilepsie je definována jako neurologické onemocnění charakterizované opakovanými záchvaty různého klinického obrazu. Aby se epilepsie manifestovala, musí existovat epileptické ložisko, záchvatová pohotovost a epileptogenní podnět. Akutní symptomatické záchvaty mají identifikovatelnou pravděpodobnou příčinu, obvykle vymizí po jejím odeznění (ebrieta, abstinční syndrom, iontová dysbalance, hypoglykemie), většinou se neopakují, pokud se neopakuje vyvolávající příčina a nevyžadují dlouhodobou antiepileptickou medikaci. Maximum výskytu je v 35 - 55 letech, třikrát více se vyskytují u mužů, objevují se po 48 hodinách po vysazení alkoholu nebo při akutní intoxikaci. Příčinou je metabolická dysbalance (pokles Na a Cl), opakovaná traumata lbi a mozku v ebrietě (pády – kontuze, hemoragické – hepatopatie, porucha hemokoagulace – vitamín K). Terapeutickým počinem je odstranění vyvolávající příčiny. (21, s. 19, 42 - 43)

Dále je nemocný ohrožen infekcí jako je bronchopneumonie při imunodeficienci, často spojená s mikroaspirací. Průběh může být velmi rychlý pod obrazem sepse a multiorgánového selhání. Často je nemocný dehydratovaný s rozvratem vnitřního prostředí. K dalším komplikacím patří krvácení do zažívacího traktu, jaterní selhání, dekompenzace diabetu, oběhové a respirační selhání. Potřebné lékařské zákroky a sledování narušuje agitovanost nemocného, pro výrazný neklid a agresivitu je nemocný nebezpečný i pro své okolí. (13, s. 253; 19, s. 206)

2.3 Diagnostika

Nemocný by měl vykazovat nejméně tři z následujících příznaků: bolest hlavy, pocení, vyšší tepová frekvence nebo krevní tlak, epileptické záchvaty, nevolnost nebo zvracení, přechodné halucinace nebo iluze, tělesný nebo duševní neklid, pocit choroby a slabosti, nespavost, třes jazyka, víček nebo prstů. Může dojít k mylné diagnostice deliria tremens u nemocného s mozkovým nádorem

nebo nitrolebním krvácením, proto je třeba při netypickém stavu provést CT mozku. (22, s. 580) Cílem je potvrzení diagnózy odvykacího stavu s deliriem a vyloučit somatické komplikace.

Kromě typického klinického obrazu a laboratorních výsledků je třeba určit abúzus alkoholu. Anamnéza se z důvodu omezeného kontaktu s nemocným zjišťuje od rodiny a z dostupné dokumentace. Zjišťují se například údaje o počátku užívání, pravidelnosti, nejvyšší dávce, nejdelší periodě abstinence, denním množstvím, frekvencí, okolnostech užívání. Dále se zjišťuje zdravotnická anamnéza včetně užívaných medikamentů, rodinná anamnéza, psychiatrická anamnéza, anamnéza současného onemocnění. Ke zhodnocení úrovně kognitivních funkcí se využívá MMSE (mini-mental state examination - slouží ke zhodnocení úrovně kognitivních funkcí, využívá se v diagnostice demence, deliria). (23, s. 320)

Nemocný je kompletně fyzikálně vyšetřen. Je potřeba podrobně vyšetřit a popsat stav vědomí. Neméně důležité je neurologické vyšetření, zjištění stavu výživy a hydratace. Lékař si všímá kožních změn, krvácivých projevů, zápachu dechu, známek traumatu na hlavě. Sleduje dýchání a krevní oběh. Musí vyloučit náhlou příhodu břišní, retenci moče a melénu. U všech nemocných se ihned provádí kompletní laboratorní vyšetření a během hospitalizace se provádí opakovaná kontrola renálních testů, iontů, glykémie, krevního obrazu a dle potřeby dalších parametrů. Vždy se natáčí EKG a je proveden RTG plic. Podle potřeby lze doplnit o další vyšetření jako je například SONO, CT mozku. (13, s. 254; 7, s. 311)

2.4 Léčba

Lehké odvykací stavy lze léčit ambulantně a často bez psychofarmak, podávají se hepatoprotektiva, vitamíny a klade se důraz na hydrataci. U těžkých odvykacích stavů a deliria tremens je nemocný často v ohrožení života. Hrozí metabolický a minerální rozvrat organismu. Je důležité doplňovat tekutiny a minerály, zejména draslík a hořčík – ten snižuje riziko vzniku epileptického záchvatu. Dle výsledků laboratorních vyšetření se podávají další léky. Pokud nemocný není schopen přijímat per os déle než 3 - 4 dny, je nutné přistoupit k enterální nebo méně často parenterální výživě. V rámci prevence infekčních

a orgánových komplikací je nutné pravidelné sledování vitálních funkcí, u těžkého průběhu je nutná trvalá monitorace vitálních funkcí na jednotkách intenzivní péče. Pro výrazný neklid je někdy třeba fyzikálního omezení na lůžku.

Z farmakologické léčby se u hospitalizovaných klientů s nulovou alkoholémií podává clomethiazol - Heminevrin (v interakci s alkoholem hrozí smrt v důsledku dechového selhání). Dávkování je 16 kapslí po 300 mg za 24 hodin rozdělených po minimálně 4 dávkách, nemocný se udržuje ve stavu mírného útlumu. Po stabilizaci stavu se clomethiazol postupně vysazuje o 1 až 2 kapsle za 24 hodin. Terapie by neměla trvat déle než 10 dní. Heminevrin má tlumivý, antikonvulzivní a nootropní účinek. Je kontraindikován při užívání alkoholu v průběhu terapie, akutní respirační insuficienci, nesmí se podávat dětem. Z nežádoucích účinků se může vyskytnout nauzea, útlum dechového centra, pálení v krku a v nose, slzení, možnost vzniku závislosti. Není-li schopen nemocný přijímat léky per os, je možné podávat benzodiazepiny – Diazepam, v dávce 60 - 120 mg za den i více, pomalu nitrožilně (nebezpečí zástavy dechu), dle reakce nemocného. Dále lze podávat substituované benzadimové neuroleptikum tiaprid (Tiapridal), které ale není tak výhodné, jelikož může zvýšit vznik záchvatů, ale není hepatotoxické a v 70% se v nezměněné formě vyloučí močí. Pacient s deliriem tremens by měl být léčen v klidném prostředí, je vhodné tlumené světlo. Po zvládnutí odvykacího stavu je důležité navázat režimovou léčbou. (13, s. 254; 4, s. 481 – 482; 24, s. 129)

Poznámka autorky: Na oddělení kde pracuji, se u těžkých delirií osvědčila kombinovaná léčba tiapridem (Tiapridal) intravenózně v dávce 800 – 1200 mg za den a midazolamem, podávaným kontinuálně injekčním dávkovačem nebo v malých bolusech dle reakce nemocného. Dávka midazolanu je zpočátku vysoká 5– 20 mg za hodinu, dávka se postupně snižuje až do vysazení. Tato léčba může být riziková.

2.4.1 Režimová terapie

Po odeznění akutního stavu, je nemocnému umožněno zapojit se do režimové terapie. Odvykací terapie za pobytu v léčebném zařízení může být

různě dlouhá, podle hlavního účelu, který má splnit. Krátkodobá léčba v délce 1 - 4 týdnů slouží většinou jako první pomoc, kdy je prováděná detoxikace. Střednědobá léčba v délce 1 - 3 měsíců je nabízena jako základní léčba k somatické a psychické stabilizaci a umožňuje přechod do následné péče, která je nezbytná. Terapeutický program je složen z psychoterapie, pracovní terapie a podpůrné farmakoterapie. (10, s. 42)

2.5 Komunikace

U pacientů s deliriem tremens dochází k poruše verbální komunikace z důvodu zmatenosti, změny smyslového vnímání, nespolupráce a agresivity. Cílem komunikace je zachování důstojnosti nemocného, vytvoření bezpečné a důvěrné atmosféry. Při dobré komunikaci nemocný smí vyjádřit svůj názor, lékař nebo zdravotnický personál mluví srozumitelně bez odborných termínů, sdělení jsou stručná, informace konkrétní a dbá se na sjednocení verbální a neverbální komunikace. (19, s. 19)

Agresivní chování se může projevit chladným, ironizujícím či hostilním způsobem komunikace nemocného se zdravotníky, může se objevit násilí vůči věcem, plivání léků a potravy. Příčinou takového chování je například špatná interpretace reality vlivem duševního onemocnění a alkoholu. K významným neverbálním projevům patří gestikulace, pohyby nohou jako je podupávání, upřený pohled do očí, vzdálenost, bouchání nebo kopání do zařízení místnosti, agresivní úšklebky, zarudnutí tváře. Při komunikaci udržujeme klid, chováme se vlídně, neodpovídáme na agresi protiútokem, pozorně vyslechneme stížnost a zachováme akceptující postoj, nehodnotíme chování, vyjádříme nesouhlas s chováním, projevíme empatii a porozumění neverbálními i verbálními prostředky, srozumitelně sumarizujeme závěr situace. Pokud to půjde, snažíme se nemocnému vyhovět. Je důležité nedominovat, zvolit pomalé tempo řeči, všímat si verbálních i neverbálních projevů nemocného. Ke zklidnění situace pomůže nemocného posadit. Udržujeme bezpečnou vzdálenost a ponecháme si otevřenou ústupovou cestu. Jsme empatičtí vůči nemocnému. Můžeme se pokusit odvést pozornost jinam. (25, s. 81 – 86; 22, s. 108)

2.6 Přístup k neklidnému pacientovi

Ve spojitosti s alkoholem pozorujeme agresivitu nebo násilné chování zejména ve stavu akutního užití alkoholu nebo v důsledku dlouhodobého zneužívání alkoholu a při závislosti na alkoholu. Specifickým stavem, kdy se agresivita může rozvinout, je delirium tremens. (26, s. 122) Mechanismus účinku alkoholu na agresivní chování není zcela prozkoumán. Účinky akutního požití alkoholu na agresivní chování jsou částečně závislé na osobnosti, očekávaných efektech a na prostředí. (22, s. 168)

Vztahy k těmto „problémovým pacientům“ jsou problematické a mohou ovlivnit i způsob, jakým sestra poskytuje péči. I přes negativní pocity je třeba přistupovat k těmto nemocným jako k nemocným, kteří potřebují profesionální vědomosti a dovednosti, stejně jako lidský přístup. (27, s. 149 - 152)

Pokud je pacient neklidný a hrozí riziko napadení, je třeba zvolit vhodný přístup k nemocnému. Sestra by neměla hovořit s nemocným o samotě nebo se s ním uzavírat v místnosti. Vždy musí být na blízku další členové ošetrovatelského týmu. Pokud dojde k přímé agresi, je třeba dbát hlavně na bezpečí pacienta, na bezpečí ostatních pacientů a na bezpečí personálu. Ochrana zařízení je až na druhém místě. Pokud se pacient nepodaří zklidnit terapeutickým přístupem nebo medikací, je potřeba přistoupit k fyzickému omezení. (6, s. 110)

2.6.1 Omezovací prostředky

Jsou definovány jako terapeutická a preventivní opatření omezující volný pohyb a jednání nemocného. Důvodem fyzického omezení jsou závažné projevy psychomotorického neklidu ohrožujícího okolí, autoagresivní projevy s bezprostředním rizikem sebepoškozování a suicida. Cílem fyzického omezení je zabránit nemocnému v sebepoškozování, ohrožování druhých osob a poškozování věcí. Za fyzické omezení se považuje manuální fixace, fixace použitím mechanických prostředků, umístění nemocného v izolační místnosti, umístění nemocného do uzavřeného síťového lůžka. O použití omezovacích prostředků rozhoduje vždy lékař. Fyzické omezovací prostředky se smí použít pouze u nemocných držených v zařízení bez jejich souhlasu. Pro bezpečnost

a rychlost zákroku je třeba zajistit dostatečný počet personálu. Za plnění ordinací, za správné provedení omezení a za poskytování dostatečné ošetrovatelské péče je zodpovědný ošetrovatelský personál. Ten zajišťuje kompletní ošetrovatelskou péči (hydratace, vyprazdňování, hygiena), v hodinových intervalech měří krevní tlak a pulz, kontroluje vypodložení a stav prokrvení fixovaných končetin, stav dýchacích cest, provádí prevenci vzniku dekubitů. (4, s. 562)

3 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE U PACIENTA S DELIRIEM TREMENS

Cílem ošetrovatelské péče je stabilizace vitálních funkcí, návrat základní orientace – osobou, místem, časem, obnovení pohody, zajištění hydratace a příjmu potravy. U pacienta s projevy agresivního chování je cílem zajistit pacientovi bezpečnost, zajistit bezpečnost ostatních pacientů i zdravotnického personálu. Dále je důležité postupné zapojování pacienta do režimové terapie. (28, s. 73, 77) Všeobecná sestra musí u pacienta v deliriu sledovat somatický a psychický stav i potencionální problémy. (6, s. 219)

3.1 Problémy a ošetrovatelské intervence

Kontrola vitálních funkcí. Během abstinenčních příznaků je důležité sledování výskytu křečí a opakované nebo trvalé sledování fyziologických funkcí pacienta. Cílem je včasné rozpoznání abnormalit, usnadnění rozvahy o případné terapeutické intervenci, možnosti překontrolování a porovnání fyziologických funkcí odstupem času a zhodnocení účinnosti dosavadní léčby. Sleduje se dýchání, tělesná teplota, tepová frekvence, krevní tlak, vědomí. (29, s. 33; 6, s. 220).

Riziko sebepoškození. Nemocný je uložen na lůžko v dobře osvětlené místnosti (zabránění zkreslenému vnímání), součástí lůžka by měly být zábrany jako prevence poranění. Jelikož je zvýšené riziko sebepoškození, je zajištěn zvýšený dohled a odstraňují se potenciálně nebezpečné předměty.

Nedostatečný příjem stravy a tekutin. Všeobecná sestra musí sledovat a zaznamenávat příjem a výdej tekutin, zabezpečuje příjem tekutin, vitamínů a minerálů, sleduje vylučování moči a stolice.

Snížená nebo žádná sebpéče. Všeobecná sestra volí ošetrovatelské intervence podle posouzení stupně postižení, obstarává pomůcky a pomáhá s adaptací na běžné každodenní činnosti.

Nedostatečný spánek a odpočinek. Z důvodů nastupujících abstinenčních příznaků dochází k poruchám spánku, které se projevují obráceným spánkovým rytmem. Ošetrovatelské činnosti by měly vést ke zkvalitnění spánku a k celkové tělesné pohodě. Všeobecná sestra by měla dbát na klidné a nerušené prostředí, dodržovat dobu určenou ke spánku, vyloučit pospávání během dne, kontrolovat kvalitu spánku v noci a vést záznamy v ošetrovatelské dokumentaci.

Vegetativní hyperaktivita. Může se objevit tachykardie, pocení a záchvaty křečí. (28, s. 20 – 21; 6, s. 219 - 221)

3.2 Kazuistika

57 - letý pacient s diagnózou F102 - Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním alkoholu byl přeložen na interní oddělení psychiatrické nemocnice z neurologické kliniky pro počínající delirantní stav z odnětí alkoholu. Na neurologické oddělení byl přivezen RZP pro nakumulované epileptické záchvaty až status epilepticus. Tam byl stabilizován po stránce neurologické, záchvaty vymizely.

3.2.1 Anamnéza

Rodinná anamnéza: Nelze získat pro zmatenost.

Osobní anamnéza: Nelze získat – pacient zcela zmatený, dle dokumentace pneumonie v dětství, hypertenze, ethylismus s hepatopatií, metabolická epilepsie. Dle manželky před 3 lety utrpěl úraz hlavy, od té doby měl opakované epileptické záchvaty s křečemi a pokousáním jazyka, vždy odvezen RZP na neurologickou JIP, poté přeložen na psychiatrickou kliniku pro dostavující se delirium. PAL (protialkoholní léčba) nikdy neprodělal, vždy spěchal domů.

Alergická anamnéza: Pylová alergie

Pracovní anamnéza: Vysokoškolský profesor matematiky, přednášel v cizině, dle manželky studoval s červeným diplomem, žádaný v cizině (Německo, Rakousko, Anglie, Amerika). Nyní v invalidním důchodu, pracuje na 1/3 úvazek.

Abusus: Od dětství – prarodiče měli hospodu. Od 17 let pivo a destiláty, první odvykací problémy před 3 lety. Obvyklá dávka v posledních 3 letech je 11 piv a $\frac{3}{4}$ litru whisky denně. Dle manželky začal více pít po úrazu hlavy před 3 lety. Pití alkoholu zdůvodňuje tím, že mu to pomáhá proti bolestem rukou, nohou, hlavy. Dle manželky ujížděl do nového domu, kde pil sám a ona ho nemohla kontrolovat. Léky nezneužívá, drogy a gambling neguje.

Zájmy: Dříve instruktor lyžařství, vodáctví, horolezectví, běh.

Lékařské diagnózy:

- F102 - Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním alkoholu
- F104 – Odvykací stav s deliriem
- G412 – Status epilepticus typu parciálních záchvatů s komplexní symptomatologií
- J22 – Neurčené akutní infekce dolní části dýchacího ústrojí

3.2.2 Vyšetření celkového stavu při přijetí

Pacient se zmítá v lůžku, volně fixovaný končetiny. Kontakt není hodnotný, reaguje sice na podněty a dotazy, ale zcela inkoherentně. Na dotaz, jak se jmenuje, odpovídá „ 20 000 hrubého“. I ostatní odpovědi jsou zcela mimo kategorii. Halucinatorní prožitky se aktuálně nezdají přítomny. Nejeví se cíleně agresivně, spíše psychomotorický neklid.

Ležící pacient, foetor hepaticus ex ore, přiměřená výživa, hydratace podkoží dobrá, jazyk ale suchý a bělavě povleklý. Chrup dobrý. Zornice izokorické, reagující, bez traumatu. Srdeční akce pravidelná, tepová frekvence 95/min, ozvy bez šelestu, krevní tlak 120/90. Dýchání ventrálně čisté, nekašle, není dušný, saturace O₂ 95%. Na končetinách řada hematomů staršího data a různé velikosti, drobné též na hrudníku. Břicho je měkké, nereaguje bolestivě, bez známek resistance a retence. Dolní končetiny bez otoků a známek hluboké žilní trombózy.

Fyziologické funkce: TK = 120/90, P = 95, SpO₂ = 95%, TT = 36.6 °C, hmotnost a výška nelze změřit

Screening:

- Barthelův test – 0 bodů (vysoce závislý) - (příloha 1)
- Riziko pádu – 13 bodů (střední riziko) – (příloha 2)
- Riziko vzniku dekubitů dle Nortonové – 19 bodů (střední riziko) – (příloha 3)
- Riziko sebevražedného jednání NGASR – 5 bodů (nízké riziko) – (příloha 4)
- Riziko agrese – 5 bodů (vysoké riziko) – (příloha 5)
- Základní nutriční screening dle Nottinghamského dotazníku – 6 bodů (doporučeno vyšetření nutričním terapeutem) – (příloha 6)

Kompenzační pomůcky: dioptrické brýle, horní a dolní zubní protéza

3.2.3 Průběh hospitalizace:

1. den: Pacient neklidný, pere se s ošetřovatelským personálem, vykřikuje, máchá rukama, kope kolem sebe. V lůžku volně fixovány končetiny. Pacient má zaveden PŽK a PMK první den. Podány intravenózní ordinace dle ošetřujícího lékaře, podávána infuzní terapie dle rozpisu. Provedeno laboratorní vyšetření (příloha 7). Příjem per os minimální. Pacient vyžaduje trvalý dohled a kompletní ošetřovatelskou péči. Během noci verbálně agresivní, nespolupracující, hlučný, bludná produkce. Podávány léky a infuzní terapie dle lékaře (příloha 8).

TK = 125/90, P = 98, SpO₂ = 94%, TT = 37,2 °C

2. den: Během dne je pacient trvale v lůžku, střídavě delirantní, roztřesený nebo apatický, reagující jen na silné podněty. Příjem per os nulový, nepolyká. Silně zahleněn, odsáván z horních cest dýchacích (hlenovité, později hlenohnisavé sputum), rozvíjí se plicní infekce. Opocený. Zvýšená tělesná teplota. Monitorace vitálních funkcí, intenzivní hydratace pomocí infuzní terapie, antibiotická léčba (příloha 8). Provedeno laboratorní vyšetření (příloha 9). PMK odvádí, moč koncentrovaná. Bez epileptických záchvatů. Večer čilejší, snaží se spolupracovat a odkašlávat. Dýchání je klidné, stále je zahleněný, uvádí bolest v krku, odsáváno je hnisavé sputum.

TK = 140/80, P = 101, SpO₂ = 94%, TT = 37,9 °C

3. den: Ráno je při vědomí, přibližně orientován, snaží se komunikovat a spolupracovat. Přetrvává svalová slabost, třes. Trvá kašel, minimálně odkašlává. Je schopen se napít a polykat - léky podány drcené (příloha 8), snědl jogurt. Pacient nekritický ke svému zdravotnímu stavu, chce propustit – vysvětlena závažnost stavu a nutnost hospitalizace minimálně 2 týdny do stabilizace zdravotního stavu. Doporučena PAL. Odpoledne posedával v lůžku, návštěva manželky. Odstraněn PMK.

TK = 110/70, P = 75, SpO₂ = 91%, TT = 36,6 °C

4. den: Zdravotní stav se nadále zlepšuje, bez odvykacích příznaků, spolupracuje. Je nekritický ke svému zdravotnímu stavu, euforický v projevu, chce propustit. Mobilizuje se, močí do močové láhve. Příjem per os je dostatečný, podávány léky dle ordinace lékaře (příloha 8).

TK = 120/85, P = 75, SpO₂ = 100%, TT = 36,8 °C

5. – 8. den: Pacient je schopen chůze bez opory, kontinentní. Verbální kontakt je dobrý, odpovídá přiléhavě. Provedeno laboratorní vyšetření (příloha 10), RTG vyšetření (příloha 11), neurologické a psychologické vyšetření (příloha 11). Odstraněn periferní žilní katétr, perorální příjem je dobrý. Rodina ho navštěvuje, v jejich doprovodu se prochází v areálu léčebny.

13. den: Pacient dostal propustku mimo areál léčebny v doprovodu rodiny, průběh bez komplikací.

14 – 22. den: Pacient se během dne prochází po oddělení, sleduje televizní program, ochotně navazuje kontakty s ostatními, familiérní, uspěchaný. Je orientovaný osobou a časem. Nekritický ke svému zdravotnímu stavu, PAL striktně odmítá. Perorální příjem je dostatečný, hydratace v normě. Využívá vycházek v areálu.

23. den: V ranních hodinách propuštěn do domácí péče, odvoz zajistila manželka. Při propuštění mu byla předána karta zdravotní pojišťovny, obdržel propouštěcí zprávu a léky na 5 dní (příloha 8).

3.2.4 Možné ošetrovateľské diagnózy dle NANDA klasifikace

Taxonomie ošetrovateľských diagnóz predstavuje klasifikačný systém sesterských diagnóz podľa 13 diagnostických domén, z nichž každá sa ďalej špecifikuje v diagnostických triedach, ktoré obsahujú ošetrovateľské diagnózy včetne kódů. (30, s. 162)

Aktuální ošetrovateľské diagnózy u pacienta s deliriem tremens

- Akutní zmatenost – 00128

Príčina: rozvíjajúci sa delirium, prejavujúci sa zvýšenou agitáciou, poruchami vedomí a kognitívnych funkcií, tresem, poruchou cyklu spánok – bdění

Cíl: pacient sa správne orientuje v realite

Ošetrovateľské intervence: všimnúť si prejavů halucinácií, bludů a komunikácie (zistiť orientáciu osobou, miestom, časom a situáciou), dbať o jeho bezpečnosť (lůžko s postranicami, eventuálne použiť kurty horných a dolných končetín), snažiť sa o správnu orientáciu na oddelení (pri zlepšení zdravotného stavu proviesť pacienta po oddelení), viesť záznamy v ošetrovateľskej dokumentácii

Hodnocení (hodnoceno po 14 dnoch): pacient sa orientuje na oddelení, nedošlo k poraneniu pacienta, pacient je orientovaný osobou a časom

- Změny smyslového vnímání – 00122

Príčina: z dôvodu rozvíjajúceho deliria, prejavujúci sa neklidom, dezorientáciou, halucináciami

Cíl: pacient má obnovené normálne kognitívne funkcie

Intervence: dodržiavať bezpečnostné opatrenia (možná fixácia v lůžku, lůžko s postranicami), zabezpečiť bezpečnosť pacienta i okolí (zvýšený dohľad zdravotníckeho personálu), kontrolovať vitálne funkcie (mierenie fyziologických funkcií dle ordinácie lekára a zapisovanie namierených hodnôt do dokumentácie), sledovať a hodnotiť zmeny vo vnímaní (sledovať orientáciu pacienta a prejavy komunikácie), viesť záznamy v ošetrovateľskej dokumentácii

Hodnocení: nedošlo k poranění pacienta, je orientován osobou a časem

- Hypertermie - 00007

Příčina: z důvodu biochemických změn, projevující se zvýšenou tělesnou teplotou

Cíl: pacient má tělesnou teplotu v normálním rozmezí

Intervence: sledovat tělesnou teplotu pacienta (měřit tělesnou teplotu dle ordinace lékaře a odchylky hlásit lékaři), vést průběžný záznam a vše zapisovat do ošetrovatelské dokumentace

Hodnocení: pacient má tělesnou teplotu v normálním rozmezí

- Porucha sebeděče – 00109 (deficit sebeděče při oblékání a úpravě zevnějšku), 00108 (deficit sebeděče při koupání a hygieně), 00102 (deficit sebeděče při jídle), 00110 (deficit sebeděče při vyprazdňování)

Příčina: z důvodu poruch kognitivních funkcí, projevuje se neschopností vykonávat uvedené činnosti

Cíl: pacient je maximálně soběstačný

Intervence: zajistit individuální léčebný program s ohledem na schopnosti pacienta (pomoc při provádění hygieny, při vyprazdňování), dopřát mu více času na plnění úkolů (trpělivost s pacientem, dopomoc v sebeděči), dohlížet na příjem stravy a tekutin (podávat vhodnou a chutnou stravu, zajistit vhodné pomůcky, dopřát dostatek času), starat se o jeho bezpečnost (přítomnost ošetrovatelského personálu, vhodné pomůcky), vést záznam v ošetrovatelské dokumentaci

Hodnocení: pacient je čistý, oblečený, příjem stravy a tekutin je dostatečný – nedošlo k úbytku váhy a nejeví známky dehydratace, samostatně se vyprazdňuje

- Porušený spánek – 00095

Příčina: z důvodu nastupujících abstinčních příznaků projevujících se obráceným spánkovým rytmem

Cíl: pacient spí celou noc, probouzí se s pocitem svěžesti a celkové pohody

Intervence: zajistit klidné a nerušené prostředí (tma, ticho na ložnici), dodržovat dobu určenou ke spánku, vyloučit pospávání během dne (zaměstnávat pacienta – četba, sledování televize, ergoterapie), kontrolovat kvalitu spánku v noci, vést záznamy

Hodnocení: pacient v noci spí, přes den se cítí svěží a odpočatý

Mezi další aktuální ošetrovatelské diagnózy patří: nedostatečná výživa- 00002, deficit tělesných tekutin – 00027, porušené vyprazdňování moči – 00016, inkontinence stolice- 00014, zhoršená verbální komunikace – 00051, bezmocnost – 00125. (31, s. 41 - 49 ; 28, s. 20 - 21)

Potencionální ošetrovatelské diagnózy

- Riziko pádů – 00155

Příčina: porucha rovnováhy a svalové koordinace, poruchy kognitivních funkcí projevující se nekoordinovanými pohyby

Cíl: pacient není ohrožen pádem, nedošlo ke zranění

Ošetrovatelské intervence: zajistit bezpečnost pacienta v lůžku (potencionální fixace v lůžku, zábrany jako součást lůžka, zvýšený dohled ošetřujícím personálem) a při pohybu po oddělení (dohled ošetřujícího personálu, pomůcky – chodítko, suchá podlaha), vést záznamy v ošetrovatelské dokumentaci

Hodnocení: nedošlo k pádu pacienta

K další potencionálním ošetrovatelským diagnózám patří například riziko infekce – 00004, riziko porušení kožní integrity – 00047, riziko aspirace – 00039, riziko sebepoškození – 00139, riziko násilí vůči jiným – 00138. (31, s. 41 – 49; 28, s. 20 - 21)

PRAKTICKÁ ČÁST

4 FORMULACE PROBLÉMU

V době, kdy se v naší společnosti zvyšuje zneužívání alkoholu, bude pravděpodobně stoupat i počet pacientů s odvykacím stavem s deliriem. Ne vždy je průběh odvykacího stavu klidný a může dojít k celé řadě komplikací. Pacienti s odvykacím stavem s deliriem jsou většinou hospitalizováni v léčebnách nebo na psychiatrických klinikách. Vyžadují zvýšenou ošetrovatelskou péči a trvalé sledování. Mají všeobecné sestry dostatek informací o problematice ošetřování pacienta s deliriem tremens, aby byly schopny správně vyhodnotit stav pacienta, poskytnout adekvátní péči a rozpoznat možná rizika?

5 CÍLE VÝZKUMU

Cílem výzkumu je zjistit, do jaké míry mají všeobecné sestry v Psychiatrické nemocnici v Dobřanech znalosti a zkušenosti s ošetřováním pacienta s deliriem tremens.

Dílčí cíle

1. Zjistit, do jaké míry se všeobecné sestry během své praxe setkávají s pacientem s diagnózou delirium tremens.
2. Zjistit, zda mají všeobecné sestry informace o diagnóze delirium tremens.
3. Zjistit, zda mají všeobecné sestry dostatečné informace o ošetřování pacienta s deliriem tremens.
4. Zjistit, zda všeobecné sestry umí rozpoznat možné komplikace u pacienta s deliriem tremens.

6 PŘEDPOKLADY

P1: Domnívám se, že více než polovina všeobecných sester se během své praxe v psychiatrické nemocnici setkala s pacientem s deliriem tremens.

Otázky č. 4, 5

P2: Domnívám se, že většina všeobecných sester nemá dostatek informací o diagnóze delirium tremens.

Otázky č. 6, 7, 8, 9, 10

P3: Většina všeobecných sester nemá dostatek informací o ošetřování pacienta s deliriem tremens.

Otázky č. 11, 12, 13, 14, 15

P4: Většina všeobecných sester nezná možné komplikace u pacienta s deliriem tremens.

Otázky č. 16, 17, 18, 19, 20

Kritérium pro potvrzení předpokladů P2, P3 a P4: Většina = více než polovina, tj. více než 50% respondentů. Za dostatek informací je považováno správné zodpovězení alespoň 4 z 5 znalostních otázek vztahujících se ke každému předpokladu.

7 CHARAKTERISTIKA SOUBORU

Pro průzkumné šetření byly vybírány záměrným výběrem všeobecné sestry, sestry s vyšším odborným vzděláním, sestry se specializací v oboru psychiatrie a sestry s vysokoškolským vzděláním pracující v Psychiatrické nemocnici v Dobřanech.

8 METODIKA A ORGANIZACE VÝZKUMU

Sběr dat byl prováděn metodou kvantitativního výzkumu použitím dotazníku (*příloha 12*). Dotazníkové šetření probíhalo v Psychiatrické nemocnici v Dobřanech po předchozí domluvě s vedením nemocnice (*příloha 13*). Pro ověření srozumitelnosti dotazníku byla provedena pilotní studie, kdy bylo deset dotazníků rozdáno na oddělení, kde pracují. Všechny dotazníky se vrátily kompletně vyplněné a bez připomínek, proto již nebyly dále upravovány. Celkem bylo rozdáno 130 dotazníků (100%). Dotazníky byly osobně zaneseny na různá oddělení Psychiatrické nemocnice v Dobřanech. Se staničnými sestrami byl dohodnut termín vyzvednutí. Dotazníky byly ponechány na odděleních tři týdny. Anonymita dotazníků byla zajištěna přiloženou obálkou, kam byly vyplněné dotazníky vkládány. V dohodnutém termínu byly dotazníky osobně vyzvednuty nebo zaslány na oddělení, kde pracují. Celkem se vrátilo 101 (77%) vyplněných dotazníků, po následném osobním překontrolování byl jeden dotazník pro neúplné vyplnění vyřazen. K analytickému zpracování bylo použito 100 dotazníků.

Dotazník obsahoval celkem 22 otázek. 19 otázek bylo uzavřených, z toho 2 dichotomické, kdy respondent vybíral pouze ze dvou variant odpovědí. 2 otázky byly polozavřené, kdy respondent vybíral z několika nabízených možností a současně mu byl dán prostor pro doplnění dalších informací. Jedna otázka byla otevřená, kdy měl respondent volnost v odpovědi na zadanou otázku. Dotazník byl rozdělen do několika částí. První část dotazníku měla 3 otázky a byla zaměřena na identifikační údaje. Zde byly kladeny otázky na délku praxe, dosažené vzdělání v oboru a druh psychiatrického oddělení, kde respondent pracuje. Druhá část měla 2 otázky a byla zaměřena na získání informací, zda se všeobecné sestry

v Psychiatrické nemocnici v Dobřanech setkávají s pacienty s deliriem tremens a pokud ano, jak často. Třetí část dotazníku měla 5 otázek a zjišťovala, zda mají všeobecné sestry dostatek informací o diagnóze delirium tremens. Pro dostatek informací bylo považováno správné zodpovězení na 4 z 5 otázek. Čtvrtá část dotazníku měla také 5 otázek a byla zaměřena na vědomosti v ošetřování pacienta s deliriem tremens. Pátá část dotazníku se zajímala o znalosti komplikací u pacienta s deliriem tremens, obsahovala 5 otázek. V poslední části byly 2 otázky, které měly pro autora dotazníku pouze informační charakter.

Průzkumné šetření probíhalo v druhé polovině prosince roku 2013 a první polovině ledna roku 2014. Výsledky byly zpracovány metodami popisné statistiky. Pro přehlednost jsou výsledky prezentovány v tabulkách a v grafech.

9 ANALÝZA ÚDAJŮ

Otázka č. 1:

Kolik let pracujete v Psychiatrické nemocnici v Dobřanech?

Tabulka 1: Délka praxe v oboru

Délka praxe v oboru	Absolutní četnost	Relativní četnost
Méně než 5 let	22	22%
5 – 10 let	29	29%
11 – 20 let	27	27%
Více než 20 let	22	22%
Celkem	100	100%

Zdroj: vlastní

Z celkového počtu 100 respondentů jich 22% pracuje v Psychiatrické nemocnici v Dobřanech méně než 5 let, 29% pracuje 5 – 10 let, 27% pracuje 11- 20 let a 22% pracuje déle než 20 let. Z této tabulky vyplývá, že rozdíly v počtu respondentů v jednotlivých skupinách jsou zanedbatelné.

Otázka č. 2:

Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání v oboru?

Tabulka 2: Nejvyšší dosažené vzdělání v oboru

Nejvyšší dosažené vzdělání v oboru	Absolutní četnost	Relativní četnost
Středoškolské	42	42%
Vyšší odborné	17	17%
Specializační	30	30%
Vysokoškolské	11	11%
Celkem	100	100%

Zdroj: vlastní

Z celkového počtu 100 respondentů má 42% středoškolské vzdělání, 30% specializační vzdělání, 17% vyšší odborné vzdělání a 11% vysokoškolské vzdělání. Jednotlivé složky zde nemají stejnoměrné zastoupení, největší množství respondentů má středoškolské vzdělání, naopak nejmenší zastoupení mají respondenti s vysokoškolským vzděláním.

Otázka č. 3:

Na jakém typu psychiatrického oddělení pracujete?

Tabulka 3: Typ psychiatrického oddělení

Typ oddělení	Absolutní četnost	Relativní četnost
Přijímací	29	29%
Somatické	24	24%
Jiné	22	22%
Geriatrické	16	16%
Standardní	9	9%
Celkem	100	100%

Zdroj: vlastní

Tabulka 3 znázorňuje rozdělení respondentů dle jednotlivých typů pracovišť. Z celkového počtu 100 respondentů 29% pracuje na příjímácm oddělení, 24% na somatickém oddělení, 22% na jiných odděleních (režimové oddělení, ergoterapie), 16% na geriatrickém oddělení a 9% na standardním oddělení.

Předpoklad č. 1:

Domnívám se, že více než polovina všeobecných sester se během své praxe v psychiatrické nemocnici setkala s pacientem s delíriem tremens (otázka č. 4, 5).

Otázka č. 4:

Setkali jste se někdy během své praxe s pacientem s delíriem tremens?

Tabulka 4: Setkání s pacientem s delíriem tremens (dále DT)

Setkání s pacientem s DT	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	68	68%
Ne	28	28%
Nevzpomínám si	4	4%
Celkem	100	100%

Zdroj: vlastní

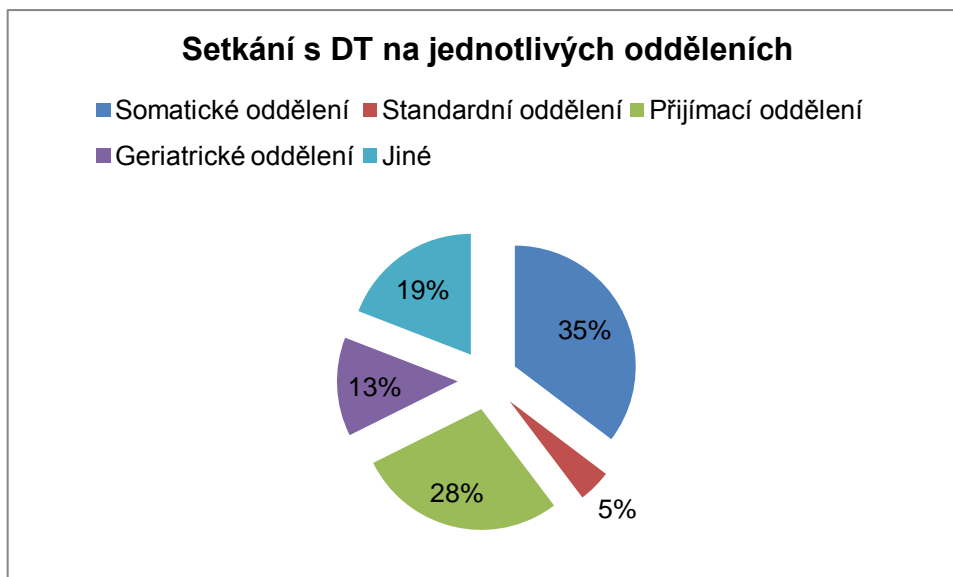
Z celkového počtu 100 respondentů se 68% setkalo s pacientem s delíriem tremens, 28% se neseťkalo s pacientem s delíriem tremens a 4% si nevzpomíná, zda se setkalo s pacientem s delíriem tremens. Zde je možné vidět, že značně převládají respondenti, kteří se během své praxe setkali s pacientem s delíriem tremens.

Tabulka 5: Setkání s DT na jednotlivých odděleních

Druh oddělení	Absolutní četnost	Relativní četnost
Somatické oddělení	24	35%
Přijímací oddělení	19	28%
Jiné	13	19%
Geriatrické oddělení	9	13%
Standardní oddělení	3	5%
Celkem	68	100%

Zdroj: vlastní

Graf 1: Setkání s DT na jednotlivých odděleních



Zdroj: vlastní

Tabulka 5 a graf 1 znázorňuje zastoupení jednotlivých oddělení, kde se respondenti setkávají s pacienty s delíriem tremens. Z celkového počtu 68 (100%) respondentů, kteří se setkali s pacientem s delíriem tremens, 35% pracuje na somatickém oddělení, 28% na příjímácím oddělení, 19% na jiných odděleních (režimové terapie, ergoterapie), 13% na geriatrickém oddělení a 5% na standardním oddělení. Graf a tabulka ukazují, že nejvyšší výskyt pacientů s delíriem tremens je na somatických odděleních (interní oddělení) a nejmenší výskyt je na standardních odděleních.

Otázka č. 5:

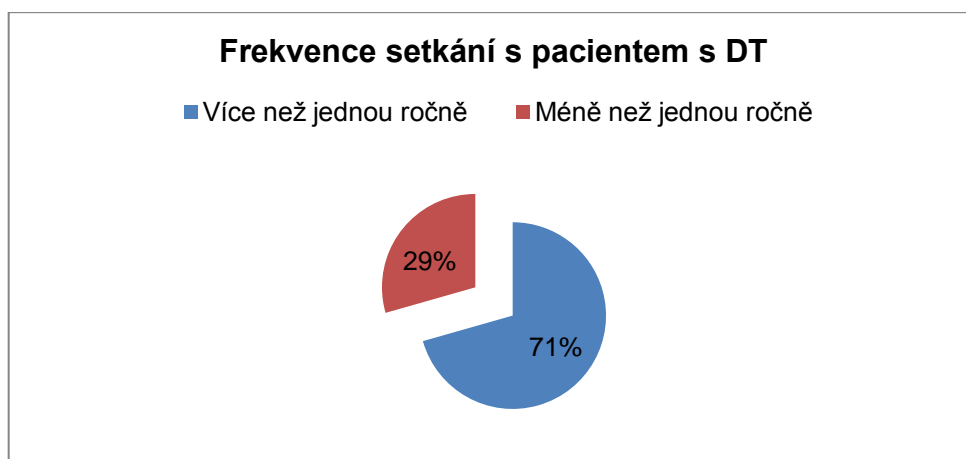
Jak často se setkáváte s pacientem s deliriem tremens (pokud jste odpověděli v předchozí otázce ano)?

Tabulka 6: Frekvence setkání s pacientem s DT

Frekvence setkání	Absolutní četnost	Relativní četnost
Více než jednou ročně	48	71%
Méně než jednou ročně	20	29%
Celkem	68	100%

Zdroj: vlastní

Graf 2: Frekvence setkání s pacientem s DT



Zdroj: vlastní

Tabulka 6 a graf 2 zobrazují frekvenci setkání respondentů s pacientem s deliriem tremens. Z celkového počtu 68 (100%) respondentů, kteří se setkali během své praxe s pacientem s deliriem tremens se jich 71% setkává s pacientem s deliriem tremens častěji než jednou ročně a 29% méně než jednou ročně.

Předpoklad č. 2:

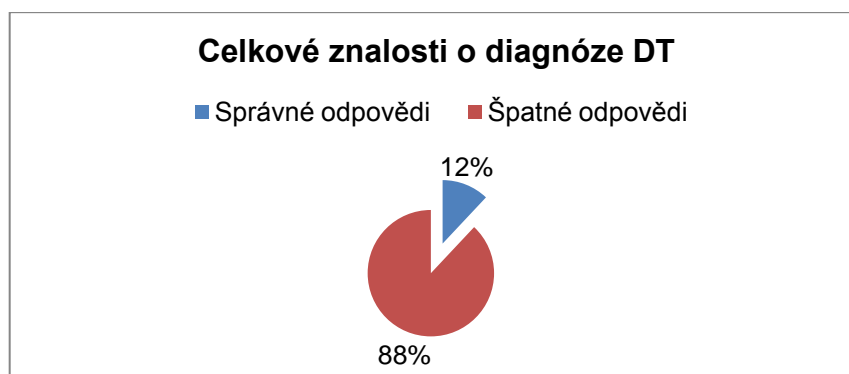
Domnívám se, že většina všeobecných sester nemá dostatek informací o diagnóze delirium tremens (otázka č. 6, 7, 8, 9, 10).

Tabulka 7: Celkové znalosti o diagnóze DT

Celkové znalosti o diagnóze	Absolutní četnost	Relativní četnost
Správné odpovědi	12	12%
Špatné odpovědi	88	88%
Celkem	100	100%

Zdroj: vlastní

Graf 3: Celkové znalosti o diagnóze DT



Zdroj: vlastní

Tabulka 7 a graf 3 znázorňují shrnutí odpovědí respondentů na otázky, které se týkaly znalostí o diagnóze delirium tremens. Pro dostatek znalostí bylo určeno kritérium správného zodpovězení alespoň 4 z 5 otázek zaměřených na diagnózu delirium tremens. Jednalo se o otázky č. 6, 7, 8, 9, 10. Z celkového počtu 100 respondentů jich 12% má dostatečné znalosti a 88% jich nemá dostatečné znalosti. Zde je vidět výrazná převaha špatných odpovědí nad správnými odpověďmi.

Otázka č. 6:

Přibližně u kolika procent nemocných závislých na alkoholu se rozvine odvykací stav do deliria tremens?

- 1 %
- 5 %
- 10 %
- 20 %
- Více než 20 %

Tabulka 8: Znalosti o rozvoji odvykacího stavu do DT

Znalosti o rozvoji	Absolutní četnost	Relativní četnost
Správná odpověď	33	33%
Špatná odpověď	67	67%
Celkem	100	100%

Zdroj: vlastní

Odvykací stav se rozvine přibližně u 5% nemocných do deliria tremens. 33% respondentů ze 100 odpovědělo správně, 67% odpovědělo na tuto otázku špatně.

Otázka č. 7:

U kterého pohlaví je větší frekvence výskytu deliria tremens?

- Ženy
- Muži

Tabulka 9: Znalost výskytu DT dle pohlaví

Znalost výskytu DT	Absolutní četnost	Relativní četnost
Správná odpověď	77	77%
Špatná odpověď	23	23%
Celkem	100	100%

Zdroj: vlastní

Delirium tremens se častěji vyskytuje u mužů. Tuto správnou odpověď zvolilo ze 100 respondentů 77% a 23% respondentů zvolilo odpověď špatnou.

Otázka č. 8:

Kolikátý den abstinence nebo podstatného snížení alkoholu se typicky rozvíjí delirium tremens?

- 0 – 2. den
- 3 – 5. den
- 6 – 10. den
- Po více než 10 dnech

Tabulka 10: Znalost typického průběhu DT

Znalosti průběhu DT	Absolutní četnost	Relativní četnost
Správná odpověď	65	65%
Špatná odpověď	35	35%
Celkem	100	100%

Zdroj: vlastní

Delirium tremens se typicky rozvíjí 3 – 5. den abstinence nebo výrazného snížení alkoholu. Tuto odpověď zvolilo 65% respondentů ze 100, 35% respondentů odpovědělo na danou otázku špatně.

Otázka č. 9:

Letalita u neléčeného deliria tremens je:

- 10 %
- 20 %
- 30 %
- 40 %
- 50 %

Tabulka 11: Znalost letality u neléčeného DT

Znalost letality DT	Absolutní četnost	Relativní četnost
Správná odpověď	33	33%
Špatná odpověď	67	67%
Celkem	100	100%

Zdroj: vlastní

U neléčeného deliria tremens je letalita až 30%. Ze 100 respondentů jich 33% odpovědělo na tuto otázku správně a 67% respondentů zvolilo špatnou odpověď.

Otázka č. 10:

Mezi typické vegetativní příznaky deliria tremens nepatří:

- Pocení
- Zastřené vědomí
- Nevolnost a zvracení
- Tachykardie, tachypnoe

Tabulka 12: Znalost vegetativních příznaků DT

Znalost vegetativních příznaků	Absolutní četnost	Relativní četnost
Správná odpověď	21	21%
Špatná odpověď	79	79%
Celkem	100	100%

Zdroj: vlastní

Mezi typické vegetativní příznaky deliria tremens nepatří zastřené vědomí. Správně odpovědělo ze 100 respondentů 21%, 79% respondentů odpovědělo na danou otázku špatně.

Předpoklad č. 3:

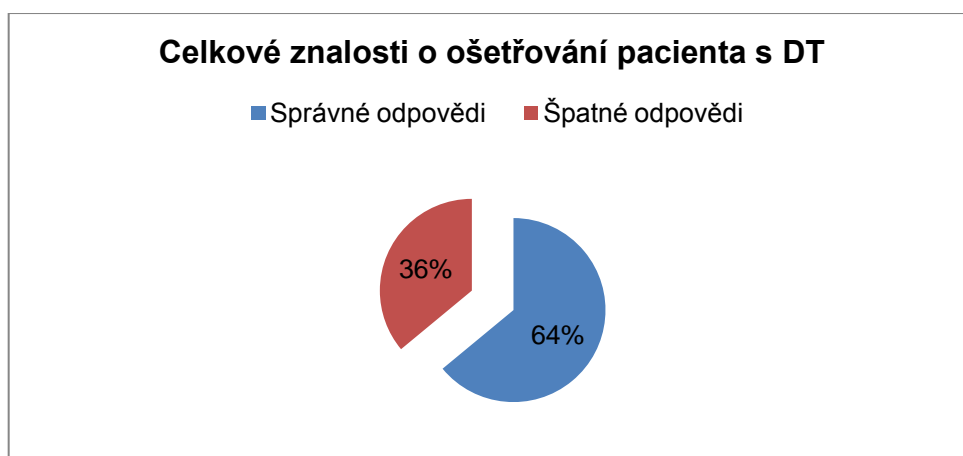
Většina všeobecných sester nemá dostatek informací o ošetřování pacienta s deliriem tremens (otázky č. 11, 12, 13, 14, 15).

Tabulka 13: Celkové znalosti o ošetřování pacienta s DT

Celkové znalosti o ošetřování	Absolutní četnost	Relativní četnost
Správná odpověď	64	64%
Špatná odpověď	36	36%
Celkem	100	100%

Zdroj: vlastní

Graf 4: Celkové znalosti o ošetřování pacienta s DT



Zdroj: vlastní

Tabulka 13 a graf 4 znázorňují shrnutí odpovědí respondentů na otázky, které se týkaly znalostí o ošetřování pacienta s delíriem tremens. Pro dostatek znalostí bylo určeno kritérium správného zodpovězení alespoň 4 z 5 otázek zaměřených na ošetřování pacienta s delíriem tremens. Jednalo se o otázky č. 11, 12, 13, 14, 15. Z celkového počtu 100 respondentů jich 64% má znalosti a 36% jich nemá dostatečné z oblasti ošetrovatelské péče o pacienta s delíriem tremens. Na rozdíl od znalostí týkajících se samotné diagnózy DT u sester v případě znalostí v oblasti ošetrovatelské péče výrazně převažují správné odpovědi.

Otázka č. 11:

Vypište alespoň 3 fyziologické funkce (dále FF), které se monitorují u pacienta s deliriem tremens.

Tabulka 14: Znalost FF monitorujících se u pacienta s DT

Znalost FF	Absolutní četnost	Relativní četnost
Splněno	95	95%
Nesplněno	5	5%
Celkem	100	100%

Zdroj: vlastní

Tabulka 14 znázorňuje splnění zadání otázky, kdy měli respondenti vypsát alespoň 3 fyziologické funkce, které se sledují u pacienta s deliriem tremens. Toto zadání z celkového počtu 100 respondentů splnilo 95% a 5% respondentů toto zadání nesplnilo.

Otázka č. 12:

Pacient s nekomplikovaným průběhem deliria tremens vyžaduje:

- Běžnou ošetrovatelskou péči
- Zvýšenou ošetrovatelskou péči
- Ošetrovatelskou péči na jednotce intenzivní péče

Tabulka 15: Znalost ošetrovatelské péče u pacienta s DT

Znalost ošetrovatelské péče	Absolutní četnost	Relativní četnost
Správná odpověď	83	83%
Špatná odpověď	17	17%
Celkem	100	100%

Zdroj: vlastní

Pacient s deliriem tremens vyžaduje zvýšenou ošetrovatelskou péči. Správně odpovědělo z celkového počtu 100 respondentů 83% a špatnou odpověď zvolilo 17% respondentů.

Otázka č. 13:

Ošetrovatelská péče u pacienta s delíriem tremens je zaměřena na:

- Kontrolu vitálních funkcí
- Riziko sebepoškození
- Nedostatečný příjem stravy a tekutin
- Sníženou nebo žádnou sebepéči
- Nedostatečný spánek a odpočinek
- Na všechny výše uvedené oblasti

Tabulka 16: Znalost ošetrovatelských intervencí

Znalost ošetrovatelských intervencí	Absolutní četnost	Relativní četnost
Správná odpověď	72	72%
Špatná odpověď	28	28%
Celkem	100	100%

Zdroj: vlastní

U ošetrovatelské péče o pacienta s delíriem tremens je zapotřebí se zaměřit na všechny uvedené ošetrovatelské intervence. Na tuto otázku ze 100 respondentů odpovědělo správně 72% a 28% odpovědělo špatně.

Otázka č. 14:

Pacient s deliriem tremens by měl být uložen:

- V tmavé místnosti
- V dobře osvětlené místnosti
- V místnosti s rádiem a televizorem

Tabulka 17: Znalost vhodného léčebného prostředí

Znalost léčebného prostředí	Absolutní četnost	Relativní četnost
Správná odpověď	71	71%
Špatná odpověď	29	29%
Celkem	100	100%

Zdroj: vlastní

Pacient s deliriem tremens by měl být uložen v dobře osvětlené místnosti. Správnou odpověď vybralo 71% respondentů ze 100, špatnou odpověď vybralo 29% respondentů.

Otázka č. 15:

Jaké omezovací prostředky nejsou vhodné u pacienta s deliriem tremens?

- Psychofarmaka
- Kurtace
- Síťové lůžko

Tabulka 18: Znalost omezovacích prostředků

Znalost omezovacích prostředků	Absolutní četnost	Relativní četnost
Správná odpověď	62	62%
Špatná odpověď	38	38%
Celkem	100	100%

Zdroj: vlastní

Síťové lůžko není vhodný omezovací prostředek u pacienta s deliriem tremens. Ze 100 respondentů jich 62% odpovědělo správně, 38% respondentů zvolilo špatnou odpověď.

Předpoklad č. 4:

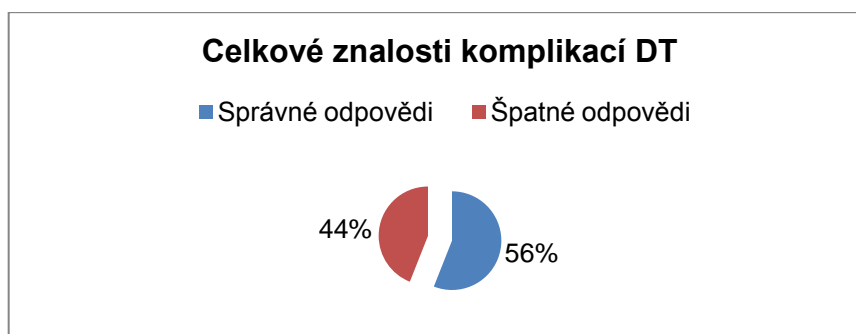
Většina všeobecných sester nezná možné komplikace u pacienta s deliriem tremens (otázka č. 16, 17, 18, 19, 20).

Tabulka 19: Celkové znalosti komplikací DT

Celkové znalosti komplikací	Absolutní četnost	Relativní četnost
Správné odpovědi	56	56%
Špatné odpovědi	44	44%
Celkem	100	100%

Zdroj: vlastní

Graf 5: Celkové znalosti komplikací DT



Zdroj: vlastní

Tabulka 19 a graf 5 znázorňují shrnutí odpovědí respondentů na otázky, které se týkaly znalostí komplikací u pacienta s deliriem tremens. Pro dostatek znalostí bylo určeno kritérium správného zodpovězení alespoň 4 z 5 otázek zaměřených na ošetřování pacienta s deliriem tremens. Jednalo se o otázky č. 16, 17, 18, 19, 20. Z celkového počtu 100 respondentů jich 56% má znalosti a 44% jich nemá dostatečné znalosti o komplikacích deliria tremens. Zde je vidět poměrně vyrovnaný poměr správných a špatných odpovědí.

Otázka č. 16:

Pacient s delíriem tremens není akutně ohrožen:

- Pády
- Sebepoškozením
- Dehydratací
- Infekčními komplikacemi
- Krvácením do zažívacího traktu
- Jaterním selháním
- Malignitou
- Dekompenzací diabetu
- Respiračním selháním
- Oběhovým selháním

Tabulka 20: Znalost akutních komplikací u pacienta s DT

Znalosti komplikací	Absolutní četnost	Relativní četnost
Správná odpověď	65	65%
Špatná odpověď	35	35%
Celkem	100	100%

Zdroj: vlastní

Pacient s delíriem tremens není akutně ohrožen malignitou. Ze 100 respondentů jich 65% odpovědělo správně a 35% respondentů odpovědělo špatně.

Otázka č. 17:

Je souvislost mezi epileptickými (dále EPI) záchvaty a deliriem tremens?

- Ano
- Ne
- Nevím

Tabulka 21: Znalost souvislostí mezi EPI záchvaty a DT

Znalost souvislostí	Absolutní četnost	Relativní četnost
Správná odpověď	81	81%
Špatná odpověď	19	19%
Celkem	100	100%

Zdroj: vlastní

Pacient s deliriem tremens je ohrožen výskytem epileptických záchvatů. Ze 100 respondentů 81% zvolilo správnou odpověď a 19% respondentů volilo špatnou odpověď.

Otázka č. 18:

Pokud dojde u pacienta s deliriem tremens ke vzniku generalizovaného epileptického záchvatu, aplikujeme nejčastěji Diazepam 10 mg. Které 2 způsoby aplikace jsou nejvhodnější?

- Intravenózní, per rectum
- Intramuskulární, intravenózní
- Per os, per rectum

Tabulka 22: Znalosti o léčbě EPI záchvatu u pacienta s DT

Znalosti o léčbě	Absolutní četnost	Relativní četnost
Správná odpověď	76	76%
Špatná odpověď	24	24%
Celkem	100	100%

Zdroj: vlastní

Při vzniku generalizovaného epileptického záchvatu aplikujeme Diazepam 10 mg nejčastěji intravenózně nebo per rectum. Ze 100 respondentů jich 76% odpovědělo správně a 24% respondentů odpovědělo špatně.

Otázka č. 19:

Pokud u pacienta s deliriem tremens nacházíme tento klinický nález (únava, krvácení z dásní, otoky dolních končetin, hypotenze, tachykardie, dušnost, ikterus), pomýšlíme na:

- Renální selhání
- Srdeční selhání
- Jaterní selhání

Tabulka 23: Znalost klinického nálezu u jaterního selhání

Znalost klinického nálezu	Absolutní četnost	Relativní četnost
Správná odpověď	79	79%
Špatná odpověď	21	21%
Celkem	100	100%

Zdroj: vlastní

Pokud u pacienta s deliriem tremens nacházíme výše uvedené příznaky, pomýšlíme na jaterní selhání. Ze 100 respondentů jich 79% vybralo správnou odpověď a 21% respondentů vybralo odpověď špatnou.

Otázka č. 20:

Která z níže uvedených komplikací u pacienta s delíriem tremens není běžnou ošetrovatelskou intervencí ovlivnitelná?

- Vnik infekce
- Vznik dehydratace
- Vznik pádu
- Vznik dekubitu

Tabulka 24: Znalost ošetrovatelských intervencí k ovlivnění vzniku komplikací u pacienta s DT

Znalosti komplikací	Absolutní četnost	Relativní četnost
Správná odpověď	53	53%
Špatná odpověď	47	47%
Celkem	100	100%

Zdroj: vlastní

Běžnou ošetrovatelskou intervencí u pacienta s delíriem tremens nelze ovlivnit vznik infekce. Ze 100 respondentů jich 53% odpovídalo správně a 47% respondentů odpovídalo špatně.

Otázka č. 21:

Myslíte si, že lze ošetrovatelskými intervencemi snížit riziko vzniku komplikací u pacienta s deliriem tremens?

Tabulka 25: Názor respondentů na ovlivnění vzniku komplikací

Ovlivnění vzniku komplikací	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	87	87%
Ne	8	8%
Nevím	5	5%
Celkem	100	100%

Zdroj: vlastní

87% respondentů předpokládá, že lze ovlivnit vznik komplikací správnými ošetrovatelskými intervencemi, 8% respondentů se domnívá, že nelze a 5 % neví, jestli lze vznik komplikací ovlivnit.

Otázka č. 22:

Co je pro Vás nejnáročnější při poskytování ošetrovatelské péče u pacienta s deliriem tremens (pokud jste odpověděli v otázce č. 4 „ano“).

Tabulka 26: Názor respondentů na nároky ošetrovatelské péče u pacienta s DT

Nároky na ošetrovatelskou péči	Absolutní četnost	Relativní četnost
Projevy agresivity	30	44%
Samotná ošetrovatelská péče	24	35%
Komunikace	14	21%
Celkem	68	100%

Zdroj: vlastní

Tabulka 26 zobrazuje, co považují respondenti za nejnáročnější při poskytování ošetrovatelské péče u pacienta s deliriem tremens. Na tuto otázku odpovídali pouze respondenti, kteří se setkali během své praxe s pacientem s deliriem tremens. Z 68 (100%) respondentů jich 44% považuje za nejnáročnější projevy agresivity, 35% samotnou ošetrovatelskou péči a 21% respondentů považuje za náročnou komunikaci s pacientem s deliriem tremens.

10 PREZENTACE A INTERPRETACE ZÍSKANÝCH ÚDAJŮ

Cílem výzkumu bylo zjistit, do jaké míry mají všeobecné sestry v Psychiatrické nemocnici v Dobřanech znalosti a zkušenosti s ošetřováním pacientů s deliriem tremens.

Dílčí cíl 1: Zjistit, do jaké míry se všeobecné sestry během své praxe setkávají s pacienty s diagnózou delirium tremens.

K tomuto dílčímu cíli se vztahoval **předpoklad P1**: více než polovina všeobecných sester se během své praxe v psychiatrické nemocnici setkala s pacienty s deliriem tremens.

K tomuto předpokladu byly určeny **otázky č. 4, 5**. Ze 100 respondentů se jich 68% během své praxe setkala s pacienty s deliriem tremens, 28% se jich nesetkala s těmito pacienty a 4% respondentů si na toto setkání nevzpomíná. Z 68 (100%) respondentů se jich 71% setkává více než jednou ročně a 29% se jich s pacienty s deliriem tremens setkává méně než jednou ročně.

Z těchto výsledků vyplývá, že **předpoklad P1 se potvrdil**, více než polovina (tj. více než 50%) respondentů se během své praxe setkala s pacienty s deliriem tremens.

Dílčí cíl 2: Zjistit, zda mají všeobecné sestry informace o diagnóze delirium tremens.

K tomuto dílčímu cíli se vztahoval **předpoklad P2**: většina (tj. více než 50%) všeobecných sester nemá dostatek informací o diagnóze delirium tremens.

K tomuto předpokladu patřily **otázky č. 6, 7, 8, 9, 10**. Tyto otázky byly zaměřené na vědomosti respondentů o diagnóze delirium tremens. Pro dostatek informací bylo považováno správné zodpovězení alespoň 4 z 5 znalostních otázek. Ze 100 respondentů jich 12% má dostatek vědomostí a 88% respondentů nemá dostatek vědomostí o diagnóze delirium tremens.

Tyto výsledky ukazují, že **předpoklad P2 se potvrdil**, většina (tj. více než 50%) respondentů nemá dostatek informací o diagnóze delirium tremens.

Dílčí cíl 3: Zjistit, zda mají všeobecné sestry dostatečné informace o ošetřování pacientů s deliriem tremens.

K tomuto dílčímu cíli se vztahoval **předpoklad P3**: většina (tj. více než 50%) všeobecných sester nemá dostatek informací o ošetřování pacientů s deliriem tremens.

K tomuto předpokladu vedly **otázky č. 11, 12, 13, 14, 15**, které byly zaměřené na vědomosti o ošetřování pacientů s deliriem tremens. Pro dostatek vědomostí bylo považováno správné zodpovězení alespoň 4 z 5 znalostních otázek. Ze 100 respondentů jich 64% má dostatek vědomostí a 36% nemá dostatek vědomostí o ošetřování pacientů s deliriem tremens.

Z těchto výsledků je možné vidět, že **předpoklad P3 se nepotvrdil**, většina (tj. více než 50%) respondentů má dostatečné vědomosti o ošetřování pacientů s deliriem tremens.

Dílčí cíl 4: Zjistit, zda všeobecné sestry umí rozpoznat možné komplikace u pacientů s deliriem tremens.

K tomuto dílčímu cíli patří **předpoklad P4**: většina (tj. více než 50%) všeobecných sester nezná možné komplikace u pacienta s deliriem tremens.

K tomuto předpokladu byly určeny **otázky č. 16, 17, 18, 19, 20**. Tyto otázky zjišťovaly znalosti o komplikacích deliria tremens. Pro dostatek vědomostí bylo stanoveno kritérium správného zodpovězení alespoň 4 z 5 znalostních otázek. Ze 100 respondentů jich 56% má dostatečné vědomosti o komplikacích u pacientů s deliriem tremens a 44% respondentů nemá dostatek vědomostí.

Předpoklad P4 se nepotvrdil, většina (tj. více než 50%) respondentů zná možné komplikace u pacientů s deliriem tremens.

11 DISKUSE

Bakalářská práce se zabývá ošetřováním pacienta s delíriem tremens. Hlavním cílem této práce bylo zjistit, do jaké míry mají všeobecné sestry v Psychiatrické nemocnici v Dobřanech znalosti a zkušenosti s ošetřováním pacienta s delíriem tremens.

K průzkumu této problematiky byla použita metoda dotazníkového šetření. Pro průzkumné šetření byly vybírány záměrným výběrem všeobecné sestry, sestry s vyšším odborným vzděláním, sestry se specializací v oboru psychiatrie a sestry s vysokoškolským vzděláním. Dotazníkové šetření probíhalo v druhé polovině prosince 2013 a v první polovině ledna 2014. Celkem bylo rozdáno 130 dotazníků, 101 se jich vrátilo, návratnost byla tedy 77%. Jeden dotazník byl vyřazen pro neúplné vyplnění.

Dotazníky byly rozdány na všech typech psychiatrických oddělení pro dospělé. Největší zastoupení měli respondenti z přijímacích oddělení (29%), dále následovali respondenti ze somatických oddělení (24%), z jiných oddělení - ergoterapie a režimové oddělení (22%), geriatrických oddělení (16%). Nejmenší zastoupení měli respondenti ze standardních oddělení (9%). Rozdíl v počtu mezi respondenty byl patrný i dle nejvyššího dosaženého vzdělání v oboru. Převládali respondenti se středoškolským vzděláním (42%), následovalo specializační vzdělání (30%), vyšší odborné vzdělání (17%) a nejmenší zastoupení měli respondenti s vysokoškolským vzděláním (11%). Dle délky praxe v oboru mezi počtem respondentů nebyly patrné velké rozdíly. Nejvíce bylo respondentů s praxí mezi 5 – 10 lety (29%), následovali respondenti s délkou praxe mezi 11 - 20 lety (27%). Stejný počet respondentů (22%) uvedlo délku praxe méně než 5 let a více než 20 let.

V bakalářské práci byly stanoveny čtyři dílčí cíle. První dílčí cíl měl za úkol zjistit, do jaké míry se všeobecné sestry během své praxe setkávají s pacienty s delíriem tremens. K tomuto dílčímu cíli patřil předpoklad č. 1, kdy jsem předpokládala, že více než polovina všeobecných sester se během své praxe setkává s pacienty s delíriem tremens. Pro potvrzení tohoto předpokladu byla

určena v dotazníkovém šetření otázka č. 4 a 5. V první otázce jsem se dotazovala respondentů, zda se setkali někdy během své praxe s pacienty s deliriem tremens. 68% jich odpovědělo, že ano. 28% respondentů se neseťkalo s pacienty s deliriem tremens a 4 % si na setkání nevzpomíná. Dle zastoupení jednotlivých oddělení, kde se respondenti setkávají s pacienty s deliriem tremens, převládá dle očekávání somatické oddělení (35%), kde všichni respondenti odpověděli kladně na otázku, zda se během své praxe setkali s pacienty s deliriem tremens. Dále jsou to přijímací oddělení (28%) a jiné oddělení (19%). Nejméně se setkávají respondenti s těmito pacienty na geriatrických (13%) a standardních odděleních (5%). Druhá otázka byla určena pouze pro respondenty, kteří se setkali s pacienty s deliriem tremens a byla zaměřena na frekvenci těchto setkání. 71% respondentů se setkává s pacienty s deliriem tremens více než jednou ročně a 29% se jich setkává méně než jednou ročně. Největší počet respondentů (100%), kteří se setkávají s pacienty s deliriem tremens více než jednou ročně, pracuje na somatickém oddělení (interní oddělení), což odpovídá skutečnosti, že léčba pacientů s deliriem tremens v psychiatrické nemocnici probíhá právě na tomto oddělení. Nejmenší výskyt a frekvenci setkání s těmito pacienty udávali respondenti na geriatrických a standardních odděleních, což si vysvětlují spíše častou migrací zdravotnického personálu po jednotlivých odděleních než výskytem pacientů s deliriem tremens na těchto odděleních. Předpoklad č. 1 se podařilo potvrdit, více než polovina všeobecných sester se během své praxe setkala s pacienty s deliriem tremens.

Druhý dílčí cíl zjišťoval, zda mají všeobecné sestry informace o diagnóze delirium tremens. K tomuto dílčímu cíli patřil předpoklad č. 2, kdy bylo předpokládáno, že většina (tj. více než 50%) všeobecných sester nemá dostatek informací o diagnóze delirium tremens. Na tento předpoklad byly zaměřeny otázky č. 6, 7, 8, 9, 10. Pro dostatek informací bylo určeno kritérium správného zodpovězení alespoň 4 z 5 otázek týkajících se diagnózy delirium tremens. 12% respondentů splnilo stanovené kritérium správného zodpovězení alespoň 4 z 5 otázek, 88% respondentů toto kritérium nespĺnilo. Tento předpoklad se tedy podařil potvrdit, většina respondentů nemá dostatečné znalosti o diagnóze

delirium tremens. Nejlépe si vedli respondenti z jiných oddělení (ergoterapie, režimové oddělení), což si vysvětlují převahou respondentů se specializačním vzděláním v oboru psychiatrie. Překvapivě málo správných odpovědí měli respondenti ze somatického oddělení, kde je výskyt a frekvence setkání s pacientem s deliriem tremens nejvyšší a proto bych očekávala lepší znalosti o diagnóze tohoto onemocnění. Největší potíže respondentům činila otázka č. 10, která byla zaměřená na znalost vegetativních příznaků. Na tuto otázku odpovědělo pouze 21% respondentů správně a 79% respondentů odpovídalo špatně. Naopak nejlépe odpovídali respondenti na otázku č. 7, která se dotazovala na frekvenci výskytu deliria tremens dle pohlaví. Zde 77% respondentů volilo správnou odpověď a 23% odpověď špatnou.

Další dílčí cíl zjišťoval, jaké mají respondenti znalosti v oblasti ošetřování pacienta s deliriem tremens. Pro tento dílčí cíl byl stanoven předpoklad č. 3. Zde jsem předpokládala, že většina (tj. více než 50%) všeobecných sester nemá dostatek informací o ošetřování pacienta s deliriem tremens. Pro toto šetření byla určena otázka č. 11, 12, 13, 14 a 15. Zde opět bylo stanoveno kritérium správného zodpovězení alespoň 4 z 5 znalostních otázek zaměřených na ošetřování. Zde se ukázalo, že 64% respondentů odpovědělo alespoň na 4 z 5 otázek správně a 36% odpovídalo špatně. Tento předpoklad se nepotvrdil, většina respondentů má dostatečné znalosti o ošetřování pacienta s deliriem tremens. Tento výsledek mě mile překvapil, ukázalo se, že všeobecné sestry v Psychiatrické nemocnici v Dobřanech mají dostatečné znalosti v oblasti ošetřování pacientů s deliriem tremens. Nejlépe si vedli respondenti na somatickém oddělení, což odpovídá skutečnosti, že na tomto oddělení je největší výskyt těchto pacientů a tudíž zde mají všeobecné sestry největší zkušenosti s ošetřováním těchto pacientů.

Poslední dílčí cíl se zabýval znalostmi respondentů o komplikacích deliria tremens. Pro tento dílčí cíl byl určen předpoklad č. 4, kdy jsem se domnívala, že většina (tj. více než 50%) všeobecných sester nemá dostatek znalostí o komplikacích. Zde opět platilo kritérium, že pro dostatek znalostí je považováno správné zodpovězení alespoň 4 z 5 znalostních otázek. Pro tento dílčí cíl byly

určeny otázky č. 16, 17, 18, 19, 20. Tyto otázky byly zaměřené na znalosti respondentů o komplikacích deliria tremens. Tento předpoklad se opět nepodařilo potvrdit, 56% respondentů splnilo kritérium pro dostatek znalostí a 44% respondentů toto kritérium nesplnilo. V celkovém zhodnocení znalostních otázek zaměřených na komplikace byl poměr správných a špatných odpovědí vyrovnaný, v jednotlivých otázkách převládaly správné odpovědi. Nejlépe si opět vedli respondenti ze somatických oddělení, což splnilo mé očekávání, dobré znalosti prokázali také respondenti z přijímacích a jiných oddělení. To, že se nepodařilo poslední dva předpoklady potvrdit, mě potěšilo. Znamená to, že všeobecné sestry v Psychiatrické nemocnici v Dobřanech mají dostatečné znalosti a zkušenosti s ošetřováním pacientů s deliriem tremens a mohou poskytovat kvalitní ošetrovatelskou péči. Tento fakt si vysvětluji vysokým procentem všeobecných sester se specializačním vzděláním v oblasti psychiatrie a častým pořádáním vzdělávacích seminářů v rámci nemocnice.

Poslední část dotazníkového šetření obsahovala dvě doplňující otázky. První otázka se dotazovala respondentů, zda lze snížit vznik komplikací u pacientů s deliriem tremens ošetrovatelskými intervencemi. Zde 87% respondentů odpovídalo kladně, 8% odpovídalo záporně a 5% respondentů si nebylo jistých. Tento výsledek ukazuje na fakt, že všeobecné sestry si uvědomují důležitost ošetrovatelských intervencí a že jimi lze ovlivnit vznik komplikací. Druhá otázka se zaměřila na názor respondentů, co oni sami považují za nejnáročnější při poskytování ošetrovatelské péče u pacienta s deliriem tremens. Na tuto otázku odpovídali pouze respondenti, kteří se během své praxe někdy setkali s těmito pacienty. Za nejnáročnější považuje 44% respondentů zvládnání projevů agresivity, 35% respondentů hodnotí jako nejnáročnější samotnou ošetrovatelskou péči a jen 21% respondentů udává za nejnáročnější komunikaci. Sama také hodnotím za nejnáročnější při ošetrování pacienta s deliriem tremens zvládnání projevů agresivity, pokud pacient projevuje známky agresivity, může to často ovlivnit další způsob ošetrování.

Doporučení pro praxi

Ukázalo se, že na některých odděleních Psychiatrické nemocnice v Dobřanech se všeobecné sestry setkávají s pacienty s deliriem tremens častěji než jednou ročně a že jejich znalosti o ošetřování těchto pacientů jsou uspokojivé. Ačkoliv se ale jedná o závažný zdravotní stav, který může pacienta ohrozit na životě, mezi doporučení pro praxi bych zařadila vytvoření standardu o ošetřování pacienta s deliriem tremens, který mezi nemocničními standardy chybí. Tento standard by měl informovat všeobecné sestry o diagnóze, ošetřovatelských intervencích a postupech při vzniklých komplikacích. Tento standard by měl být k dispozici na všech odděleních, protože s pacienty s deliriem tremens se nesetkávají pouze všeobecné sestry na somatických odděleních, kde probíhá léčba, ale jak ukazují výsledky šetření, s těmito pacienty se mohou setkat i na jiných odděleních. Dále tato práce může být použita pro studijní účely, jelikož jsem nenašla podobnou práci pro zdravotnický personál, která by se zabývala výhradně problematikou deliria tremens.

Myslím si, že i v budoucnu se budeme setkávat s pacienty s touto diagnózou, proto by měly být všeobecné sestry na tyto setkání dostatečně připraveny, být schopny poskytnout kvalitní ošetřovatelskou péči a minimalizovat vznik komplikací a chránit tím tak nejen pacienty ale i sebe.

ZÁVĚR

Bakalářská práce se zabývala ošetrovatelskou péčí u pacienta s deliriem tremens. Práce se dělí na část teoretickou a část praktickou.

Teoretická část se věnuje seznámení s problematikou závislostí, diagnostikou, terapií a komplikacemi deliria tremens, ošetrovatelskými postupy u pacienta s deliriem tremens. Dále zde byla pro zajímavost uvedena kazuistika, která popisuje průběh hospitalizace pacienta s deliriem tremens.

Praktická část se věnuje vlastnímu průzkumnému šetření a vyhodnocení získaných výsledků pomocí tabulek a grafů. Toto šetření bylo prováděno v Psychiatrické nemocnici v Dobřanech. Celkem byly stanoveny čtyři dílčí cíle, které byly splněny. Na základě vyhodnocení dotazníků se potvrdily dva mnou stanovené předpoklady a naopak dva předpoklady byly vyvráceny. Z mého šetření vyplývá, že všeobecné sestry se ve větší míře setkávají s pacienty s deliriem tremens. Dále výsledky ukazují, že všeobecné sestry nemají dostatečné znalosti o této diagnóze. Z vyhodnocených dotazníků také vyplynulo, že všeobecné sestry mají dostatek informací o ošetrování těchto pacientů a že umí rozpoznat možné komplikace u pacientů s deliriem tremens.

Delirium tremens je závažný zdravotní stav, který v plně rozvinuté formě bezprostředně ohrožuje život pacienta. Proto je důležité, aby nejen lékařský, ale i zdravotnický personál měl dostatečné vědomosti o této diagnóze. Na základě této práce bude vypracován standard ošetrovatelské péče o pacienta s deliriem tremens, který pomůže zkvalitnit poskytovanou ošetrovatelskou péči. Dále tato práce může být použita jako materiál ke studijním účelům.

LITERATURA A PRAMENY

1. VÁGNEROVÁ, Marie, Pavel PAVLOVSKÝ a Jiří VÍTOVEC. *Psychopatologie pro pomáhající profese: [učebnice pro zdravotní sestry a další pomáhající profese]*. Vyd. 5., rozš. a přeprac. Ilustrace Piero,. Praha: Portál, 2012, 870 s. ISBN 978 – 802 – 6202 - 257.
2. MALÁ, Eva, Pavel PAVLOVSKÝ a Jiří VÍTOVEC. *Psychiatrie: [učebnice pro zdravotní sestry a další pomáhající profese]*. Vyd. 2. Ilustrace Piero, Praha: Portál, 2010, 143 s. ISBN 978 – 807 – 3677 - 237.
3. MUSIL, Jiří V, Pavel PAVLOVSKÝ a Jiří VÍTOVEC. *Klinická psychologie a psychiatrie: přehled pro studenty teologie a pedagogiky*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2006, 205 s. ISBN 80 – 244 – 1153 - 9.
4. DUŠEK, Karel a Alena VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ. *Diagnostika a terapie duševních poruch*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2010, 632 s. ISBN 978 – 80 – 247 – 1620 - 6.
5. PERESE, Eris Field. *Psychiatric advanced practice nursing a biopsychosocial foundation for practice*. 2012. vyd. Philadelphia: F.A. Davis Co. ISBN 0803629990.
6. MARKOVÁ, Eva, Martina VENGLÁŘOVÁ a Mira BABIAKOVÁ. *Psychiatrická ošetrovatelská péče: pro bakalářské studium*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006, 352 s. ISBN 80 – 247 – 1151 - 6.

7. PRAŠKO, Ján, Klára LÁTALOVÁ a Jiří VÍTOVEC. *Psychiatrie v primární péči: minimum pro praxi*. 1. vyd. Praha: Mladá fronta, 2013, 855 s. ISBN 978 – 80 – 204 – 2798 - 4.
8. DEBELLIS, R. Management of Delirium Tremens. *Journal of Intensive Care Medicine* [online]. [cit. 2013 – 08 - 01], vol. 20, issue 3, s. 164 - 173. DOI: 10.1177/0885066605275353.
Dostupné z:<http://jic.sagepub.com/cgi/doi/10.1177/0885066605275353>
9. BENSON, Nigel C., Pavel PAVLOVSKÝ a Jiří VÍTOVEC. *Psychiatrie: přehled pro studenty teologie a pedagogiky*. Vyd. 1. Ilustrace Piero,. Praha: Portál, 2010, 175 s. ISBN 978 – 80 – 7367 – 671 - 1.
10. RABOCH, Jiří, Pavel PAVLOVSKÝ a Jiří VÍTOVEC. *Klinická psychiatrie v denní praxi: minimum pro praxi*. 1. vyd. Praha: Galén, 2008, 128 s. ISBN 978 – 807 – 2625 - 864.
11. PROFOUS, Jiří. *Průvodce alkoholovou závislostí: především pro ženy pijících partnerů*. 1. vyd. Praha: Galén, 2011, 108 s. ISBN 978 – 807 – 2628 - 209.
12. RABOCH, Jiří, Pavel PAVLOVSKÝ a Dana JANOTOVÁ. *Psychiatrie: minimum pro praxi*. 5. vyd. Praha: Triton, 2012, 239 s. ISBN 978 – 80 – 7387 – 582 - 4.
13. CHVAL, Josef. 2007. Delirium tremens. *Psychiatrie pro praxi*. Olomouc: Solen. 8(6), 254-256. ISSN 1213 - 0508.

14. PERALA, J., K. KUOPPASALMI, S. PIRKOLA, T. HARKANEN, S. SAARNI, A. TUULIO-HENRIKSSON, S. VIERTIO, A. LATVALA, S. KOSKINEN, J. LONNQVIST a J. SUVISAARI. Alcohol - induced psychotic disorder and delirium in the general population. *The British Journal of Psychiatry* [online]. [cit. 2013 - 08 - 11], vol. 197, issue 3, s. 200-206. DOI: 10.1192/bjp.bp.109.070797. Dostupné z: <http://bjp.rcpsych.org/cgi/doi/10.1192/bjp.bp.109.070797>
15. KALINA, Kamil. *Základy klinické adiktologie*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2008, 388 s. ISBN 978 - 80 - 247 - 1411 - 0.
16. *Postupy v léčbě psychických poruch: algoritmy České neuropsychofarmakologické společnosti*. 2., rev. vyd. Editor Dagmar Seifertová. Praha: Academia Medica Pragensis v nakl. Medical Tribune CZ, 2008, xxxv, 616 s. ISBN 978 - 80 - 86694 - 07 - 8.
17. MIROSLAV OREL, Věra Facová a kol. *Člověk, jeho mozek a svět*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2009. ISBN 80 - 247 - 2617 - 3.
18. KOLEKTIV, Pavel Pavlovský a. *Soudní psychiatrie a psychologie*. 4., aktualiz. vyd. Praha: Grada, 2008, 388 s. ISBN 80 - 247 - 4332 - 9.
19. *Konziliární psychiatrie*. 1. vyd. Editor Erik Herman, Ján Praško, Dagmar Seifertová. Praha: Galén, 2007, xx, 604 s., [7] l. obr. příl. ISBN 978 - 807 - 2624 - 980.
20. BLACK, Donald W., Nancy C. ANDREASEN a David P. MOORE. *Introductory textbook of psychiatry*. 5th ed. Washington, DC: American Psychiatric Pub., c2011, xvii, 717 p. ISBN 15 - 856 - 2400 - 4.

21. NOVOTNÁ, Irena, Lenka ZICHOVÁ a Dana NOVÁKOVÁ. *EEG, epilepsie a diferenciální diagnostika poruch vědomí*. 1. vyd. Brno: NCONZO, 2008, 81 s. ISBN 978 – 807 – 0134 - 726.
22. *Psychiatrie*. 2. dopl. a opr. vyd. Editor Cyril Höschl, Jan Libiger, Jaromír Švestka. Praha: TIGIS, 2004, 883 s. ISBN 80 – 900 – 1307 - 4.
23. BYDŽOVSKÝ, Jan, Vladimír ČERNÝ a Jiří VÍTOVEC. *Akutní stavy v kontextu: minimum pro praxi*. Vyd. 1. Praha: Triton, 2008, 450 s. ISBN 978 – 807 – 2548 - 156.
24. LATA, Jan, Tomáš VAŇÁSEK a David P MOORE. *Kritické stavy v hepatologii*. 1. vyd. Praha: Grada, 2005, 168 s. ISBN 80 – 247 – 0404 - 8.
25. VENGLÁŘOVÁ, Martina, Gabriela MAHROVÁ a Marie ZAJÍČKOVÁ. *Komunikace pro zdravotní sestry*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006, 144 s. ISBN 80 – 247 – 1262 - 8.
26. LÁTALOVÁ, Klára, Pavel PAVLOVSKÝ a Jiří VÍTOVEC. *Agresivita v psychiatrii: přehled pro studenty teologie a pedagogiky*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2013, 235 s. ISBN 978 – 80 – 247 – 4454 - 4.
27. HEŘMANOVÁ, Jana, Vladimír ČERNÝ a Jiří VÍTOVEC. *Etika v ošetrovatelské praxi: minimum pro praxi*. 1. vyd. Praha: Grada, 2012, 200 s. ISBN 978 – 802 – 4734 - 699.
28. ŠLAISOVÁ, Ivana, Ladislav HOSÁK a Věra MICHÁLKOVÁ. *Ošetrovatelství v psychiatrii: pro bakalářské studium*. 1. vyd. Hradec Králové: NUCLEUS, 2004, 91 s. ISBN 80 – 862 – 2551 - 8.

29. KAPOUNOVÁ, Gabriela, Klára LÁTALOVÁ a Jiří VÍTOVEC. *Ošetřovatelství v intenzivní péči: minimum pro praxi*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007, 350 s. ISBN 978 – 802 – 4718 - 309.
30. MIKŠOVÁ, Zdeňka, Marie FROŇKOVÁ a Marie ZAJÍČKOVÁ. *Kapitoly z ošetřovatelské péče* 2. Aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2006, 171 s. ISBN 80 – 247 – 1443 - 4.
31. MAREČKOVÁ, Jana. *Ošetřovatelské diagnózy v NANDA doménách*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006, 264 s. ISBN 80 – 247 – 1399 - 3.

SEZNAM ZKRATEK

s.	strana
g	gram
kg	kilogram
Na	natrium
Cl	chlor
CT	počítačová tomografie
MMSE	mini – mental state examination
EKG	elektrokardiogram
RTG	rentgenové záření
SONO	ultrasonografie
mg	miligram
RZP	rychlá zdravotnická pomoc
JIP	jednotka intenzivní péče
PAL	protialkoholní léčba
O₂	kyslík
TK	krevní tlak
P	pulz
SpO₂	saturace krve kyslíkem
TT	tělesná teplota
PŽK	permanentní žilní katétr
PMK	permanentní močový katétr

č.	číslo
DT	delirium tremens
FF	fyziologické funkce
EPI	epileptický záchvat
I. V.	intravenózní
tbl.	tablety
cps.	kapsle
plv.	prášek
inf.	infuze
MUDr.	Doktor všeobecné medicíny
PhDr.	Doktor filozofie
amp.	Ampule
BMI	Body mass index (index tělesné hmotnosti)

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1:	Délka praxe v oboru	37
Tabulka 2:	Nejvyšší dosažené vzdělání v oboru	38
Tabulka 3:	Typ psychiatrického oddělení	39
Tabulka 4:	Setkání s pacientem s deliriem tremens (dále DT)	40
Tabulka 5:	Setkání s DT na jednotlivých odděleních	41
Tabulka 6:	Frekvence setkání s pacientem s DT	43
Tabulka 7:	Celkové znalosti o diagnóze DT	44
Tabulka 8:	Znalosti o rozvoji odvykacího stavu do DT	45
Tabulka 9:	Znalost výskytu DT dle pohlaví	46
Tabulka 10:	Znalost typického průběhu DT	47
Tabulka 11:	Znalost letality u neléčeného DT	48
Tabulka 12:	Znalost vegetativních příznaků DT	49
Tabulka 13:	Celkové znalosti o ošetřování pacienta s DT	50
Tabulka 14:	Znalost FF monitorujících se u pacienta s DT	52
Tabulka 15:	Znalost ošetřovatelské péče u pacienta s DT	53
Tabulka 16:	Znalost ošetřovatelských intervencí	54
Tabulka 17:	Znalost vhodného léčebného prostředí	55
Tabulka 18:	Znalost omezovacích prostředků	56
Tabulka 19:	Celkové znalosti komplikací DT	57
Tabulka 20:	Znalost akutních komplikací u pacienta s DT	58
Tabulka 21:	Znalost souvislostí mezi EPI záchvaty a DT	59

Tabulka 22:	Znalosti o léčbě EPI záchvatu u pacienta s DT	60
Tabulka 23:	Znalost klinického nálezu u jaterního selhání	61
Tabulka 24:	Znalost ošetrovatelských intervencí k ovlivnění vzniku komplikací u pacienta s DT	62
Tabulka 25:	Názor respondentů na ovlivnění vzniku komplikací.	63
Tabulka 26:	Názor respondentů na nároky ošetrovatelské péče u pacienta s DT	64

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1:	Setkání s DT na jednotlivých odděleních	41
Graf 2:	Frekvence setkání s pacientem s DT	43
Graf 3:	Celkové znalosti o diagnóze DT	44
Graf 4:	Celkové znalosti o ošetřování pacienta s DT	50
Graf 5:	Celkové znalosti komplikací DT	57

SEZNAM PŘÍLOH

- Příloha 1:** Barthelův test základních všedních činností
- Příloha 2:** Screening pro určení zvýšeného rizika pádu
- Příloha 3:** Riziko vzniku dekubitů dle Nortonové
- Příloha 4:** Riziko sebevražedného jednání NGASR
- Příloha 5:** Riziko agrese - Broset violence checklist
- Příloha 6:** Základní nutriční screening dle Nottinghamského dotazníku
- Příloha 7:** Laboratorní vyšetření 1. den hospitalizace
- Příloha 8:** Průběh terapie
- Příloha 9:** Laboratorní vyšetření 2. den hospitalizace
- Příloha 10:** Laboratorní vyšetření 7. den hospitalizace
- Příloha 11:** Konsiliární vyšetření
- Příloha 12:** Dotazník
- Příloha 13:** Žádost o povolení výzkumného šetření v PNvD

Příloha 1: Barthelův test základních všedních činností (uváděná kazuistika)

Při přijetí, 0 bodů – vysoce závislý

Najedení, napití	Neprovede	0
Oblékání	Neprovede	0
Koupání	Neprovede	0
Osobní hygiena	Neprovede	0
Kontinence moči	Inkontinentní	0
Kontinence stolice	Inkontinentní	0
Použití wc	Neprovede	0
Přesun lůžko - židle	Neprovede	0
Chůze po rovině	Neprovede	0
Chůze po schodech	Neprovede	0

Týden před propuštěním do domácí péče, 100 bodů - nezávislý

Najedení, napití	Sám	10
Oblékání	Sám	10
Koupání	Sám nebo s pomocí	5
Osobní hygiena	Sám nebo s pomocí	5
Kontinence moči	Kontinentní	10
Kontinence stolice	Kontinentní	10
Použití wc	Sám	10
Přesun lůžko - židle	Sám	15
Chůze po rovině	Sám nad 50 m	15
Chůze po schodech	Sám	10

Příloha 2: Screening pro určení zvýšeného rizika pádu (uváděná kazuistika)

Při přijetí, 13 bodů – střední riziko

Dezorientace, demence, deprese	Ano	3
Věk 65 let a více	Ne	0
Pád v anamnéze	Ne	0
Pobyt prvních 24 h po přijetí	Ano	1
Zrakový/sluchový problém	Ano	1
Užívání léků	Ano	1
Soběstačnost	Nesoběstačnost	3
Schopnost spolupráce	Nespolupracující	2
Přítomnost závratí	Ne	0
Nucení na močení během noci	Ano	1
Buzení v průběhu noci	Ano	1

Týden před propuštěním, 2 body – bez rizika

Dezorientace, demence, deprese	Ne	0
Věk 65 let a více	Ne	0
Pád v anamnéze	Ne	0
Pobyt prvních 24 h po přijetí	Ne	0
Zrakový/sluchový problém	Ano	1
Užívání léků	Ano	1
Soběstačnost	Úplná	0
Schopnost spolupráce	Spolupracující	0
Přítomnost závratí	Ne	0
Nucení na močení během noci	Ne	0
Buzení v průběhu noci	Ne	0

Příloha 3: Riziko vzniku dekubitů dle Nortonové (uváděná kazuistika)

Při přijetí, 19 bodů – střední riziko

Schopnost spolupráce	Žádná	1
Věk	Pod 60 let	2
Stav pokožky	Normální	4
Přidružené onemocnění	Žádné	4
Fyzický stav	Špatný	2
Stav vědomí	Zmatený	2
Aktivita	Leží	1
Pohyblivost	Velmi omezená	2
Inkontinence	Moč + stolice	1

Týden před propuštěním, 34 bodů – žádné riziko

Schopnost spolupráce	Úplná	4
Věk	Pod 60 let	2
Stav pokožky	Normální	4
Přidružené onemocnění	Žádné	4
Fyzický stav	Dobrý	4
Stav vědomí	Dobrý	4
Aktivita	Chodí	4
Pohyblivost	Úplná	4
Inkontinence	Není	4

Příloha 4: Riziko sebevraždného jednání NGASR (uváděná kazuistika)

Při přijetí, 5 bodů – nízké riziko

Beznaděj	Ne	0
Deprese a ztráta zájmu a potěšení	Ano	3
Plán spáchat sebevraždu	Ne	0
Aktuální ztráta blízkého nebo rozpad vztahu	Ne	0
Sebevražedný pokus v anamnéze	Ne	0
Přítomnost stresových událostí	Ano	1
Perzekuční hlasy	Ne	0
Vážné duševní problémy v rodinné anamnéze	Ne	0
Varovné známky sebevražedného záměru	Ne	0
Psychóza v anamnéze	Ne	0
Ztráta manžela/manželky nebo životního partnera	Ne	0
Známky sociálního stažení	Ne	0
Socioekonomické strádání v anamnéze	Ne	0
Užívání alkoholu nebo jiných toxických látek	Ano	1
Přítomnost terminálního onemocnění	Ne	0

Riziko sebevražděného jednání NGASR

Týden před propuštěním, 1 bod – nízké riziko

Beznaděj	Ne	0
Deprese a ztráta zájmu a potěšení	Ne	0
Plán spáchat sebevraždu	Ne	0
Aktuální ztráta blízkého nebo rozpad vztahu	Ne	0
Sebevražedný pokus v anamnéze	Ne	0
Přítomnost stresových událostí	Ne	0
Perzekuční hlasy	Ne	0
Vážné duševní problémy v rodinné anamnéze	Ne	0
Varovné známky sebevražedného záměru	Ne	0
Psychóza v anamnéze	Ne	0
Ztráta manžela/manželky nebo životního partnera	Ne	0
Známky sociálního stažení	Ne	0
Socioekonomické strádání v anamnéze	Ne	0
Užívání alkoholu nebo jiných toxických látek	Ano	1
Přítomnost terminálního onemocnění	Ne	0

Příloha 5: Riziko agrese - Broset violence checklist (uváděná kazuistika)

Při přijetí, 5 bodů – vysoké riziko

Zmatenost	Ano	1
Podrážděnost	Ano	1
Výbušnost	Ano	1
Slovní vyhrožování	Ano	1
Agrese vůči věcem	Ano	1

Týden před propuštěním, 0 bodů – žádné riziko

Zmatenost	Ne	0
Podrážděnost	Ne	0
Výbušnost	Ne	0
Slovní vyhrožování	Ne	0
Agrese vůči věcem	Ne	0

Příloha 6: Základní nutriční screening dle Notthingamského dotazníku (uváděná kazuistika)

Při přijetí, 6 bodů – doporučeno vyšetření nutričním terapeutem

Pacienta nelze změřit		2
Od pacienta nelze získat údaje		3
Věk	Do 65 let	0
BMI	Nelze získat údaje	0
Ztráta hmotnosti nechtěná	Nelze získat údaje	0
Jídlo za poslední 3 týdny	Nelze získat údaje	0
Projevy nemoci	Žádné	0
Faktor stresu	Střední	1

Týden před propuštěním, 0 bodů – bez nutnosti zvláštní intervence

Věk	Do 65 let	0
BMI	74 kg, 173 cm, BMI 24,73	0
Ztráta hmotnosti nechtěná	Žádná	0
Jídlo za poslední 3 týdny	Beze změn v množství	0
Projevy nemoci	Žádné	0
Faktor stresu	Žádný	0

Příloha 7: Laboratorní vyšetření 1. den hospitalizace (uváděná kazuistika)

S-Urea	2,9 mmol/l [2 - 8]
S-Kreatinin	56 umol/l L! [62 - 115]
S-Kys.močová	253 umol/l [200 - 420]
S-Na	139 mmol/l [136 - 145]
S-K	3,72 mmol/l [3,5 - 5,4]
S-Cl	101 mmol/l [95 - 112]
S-Ca	2,1 mmol/l [2 - 2,7]
S-P	0,47 mmol/l L! [0,85 - 1,45]
S-Osmolalita.výp.	285 mmol/l [230 - 450]
S-Bil.celk	27 umol/l H! [5 - 18]
S-ALT	1,18 ukat/l H! [0,22 - 0,75]
S-AST	1,99 ukat/l H! [0,1 - 0,65]
S-GMT	21,1 ukal/l H! [0,1 - 1,77]
S-ALP	1,21 ukat/l [0,7 - 2,2]
S-Cholesterol	4,3 mmol/l [2,9 - 5]
S-Glukosa	3,9 mmol/l [3,3 - 5,6]
C-reaktivní protein	30 mg/l H! [0 - 5]
S-Bílkovina celk.	64,9 g/l [64 - 83]
S-Albumin	38,3 g/l [32 - 52]
A/G kvocient	1,44 [0,9 - 2]

MOČ CHEMICKY ::

U-pH	8 H! [5 - 6]
U-Bílkovina semikvant.	
negativní g/l	
U-Glukosa	
negativní	
U-Ketolátky	4
U-Urobilinogen	2
U-Bilirubin	
negativní	
U-Krev	5
Hustota (odhad) (U;	1,02 j [1,002 - 1,04]

MOČOVÝ SEDIMENT ::

SEDIMENT:erytrocyty
plné pole
U-Leu
5-10
Bakterie tyčovité kvalitativně (U; přítomnost [-] mikroskopie)
přítomny

KREVNÍ OBRAZ ::

B-Leu	5,1 $10^9/l$ [4 - 10]
B-Ery	3,25 $10^{12}/l$ L! [4 - 5,6]
Hemoglobin	108 g/l L! [130 - 173]
B-HTK	0,31 L! [0,42 - 0,52]
B-Obj.ery	96 fl [80 - 98]
B-Hb.ery	33 pg [26 - 35]
Hb konc.ery	347 g/l [320 - 370]
B-Trombo	20 $10^9/l$ L! [136 - 380]

KOAGULACE ::

D-dimer	1 mg/l H! [0 - 0,3]
---------	---------------------

Příloha 8: Průběh terapie (uváděná kazuistika)

První den hospitalizace:

- Levetiracetam Actavis 1000 mg 1 a 1/2 – 0 – 1 a 1/2 tbl (antiepileptikum) – zatím nepodávat
- Helicid 40 mg inf. plv. ve 14 h (antiulcerózum)
- Ceftriaxon Sandoz 2 g v 80 ml FR I. V. ve 14 h (antibiotikum)
- Infuzní terapie: 5% G 1000 ml + 30 ml NaCl + 20 ml KCl + 1 amp. Thiaminu 2x denně 8 hodin

Druhý den hospitalizace:

Stejně ordinace jako při přijetí, navíc do kapajícího infuzního roztoku přidán:

- Syntophyllin 1 amp (bronchodilatans)
- Solu – medrol 80 mg (kortikosteroid)

Třetí den hospitalizace:

- Levetiracetam Actavis 1000 mg 1 a 1/2 – 0 – 1 a 1/2 tbl
- Omeprazol 20 mg cps 1 – 0 – 1 (antiulcerózum)
- Ceftriaxon Sandoz 2 g v 80 ml FR I. V. ve 14 h (antibiotikum)

Čtvrtý den hospitalizace:

- Levetiracetam Actavis 1000 mg 1 a 1/2 – 0 – 1 a 1/2 tbl
- Omeprazol 20 mg cps 1 – 0 – 1
- Ceftriaxon Sandoz 2 g v 80 ml FR I. V. ve 14 h do 7. dnů včetně
- Fokusin 0,4 mg cps 0 – 0 – 1 (snižuje napětí ve svalstvu prostaty a močové trubici)
- Thiamin 50 mg tbl 1 – 1 – 1 (vitamín B1)

Průběh terapie

Při propuštění:

- Levetiracetam Actavis 1000 mg 1 a 1/2 – 0 – 1 a 1/2 tbl
- Omeprazol 20 mg cps 1 – 0 – 1
- Fokusin 0,4 mg cps 0 – 0 – 1
- Thiamin 50 mg tbl 1 – 1 – 1

Příloha 9: Laboratorní vyšetření 2. den hospitalizace (uváděná kazuistika)

β-Urea 3 mmol/l [2 - 8]
β-Kreatinin 54 umol/l L! [62 - 115]
β-Na 129 mmol/l L! [136 - 145]
β-K
hemolýza mmol/l
β-Cl 97 mmol/l [95 - 112]
β-ALT 1,27 ukat/l H! [0,22 - 0,75]
β-AST 2,7 ukat/l H! [0,1 - 0,65]
β-Glukosa 12,2 mmol/l H! [3,3 - 5,6]
β-reaktivní protein 68 mg/l H! [0 - 5]

KREVNÍ OBRAZ ::
β-Leu 4,3 10⁹/l [4 - 10]
β-Ery 3,37 10¹²/l L! [4 - 5,6]
Hemoglobin 112 g/l L! [130 - 173]
β-HTK 0,32 L! [0,42 - 0,52]
β-Obj.ery 95 fl [80 - 98]
β-Hb.ery 33 pg [26 - 35]
Hb konc.ery 349 g/l [320 - 370]
β-Trombo 50 10⁹/l L! [136 - 380]

KOAGULACE ::
P-PT Quickův čas :sraženo
D-dimer
sraženo mg/l

Příloha 10: Laboratorní vyšetření 7. den hospitalizace (uváděná kazuistika)

BIOCHEMIE

S-Urea	2,4 mmol/l	[2 - 8]
S-Kreatinin	63,0 umol/l	[62 - 115]
S-Kys.močová	257 umol/l	[200 - 420]
S-Na	141 mmol/l	[136 - 145]
S-K	4,54 mmol/l	[3,5 - 5,4]
S-Cl	103 mmol/l	[95 - 112]
S-Ca	2,31 mmol/l	[2 - 2,7]
S-P	1,38 mmol/l	[0,85 - 1,45]
S-Osmolalita.výp.	292 mmol/l H	
S-Bil.celk	13,2 umol/l	[5 - 18]
S-ALT	1,05 ukat/l	[0,22 - 0,75]
S-AST	1,23 ukat/l	[0,1 - 0,65]
S-GMT	15,70 ukal/l	[0,1 - 1,77]
S-ALP	2,22 ukat/l	[0,7 - 2,2]
S-Cholesterol	4,35 mmol/l	[2,9 - 5]
S-Glukosa	7,7 mmol/l	[3,3 - 5,6]
C-reaktivní protein	11 mg/l H!	[0 - 5]
S-Bílkovina celk.	71,1 g/l	[64 - 83]
S-Albumin	40,9 g/l	[32 - 52]
A/G kvocient	1,35	[0,9 - 2]

MOČ CHEMICKY ::

U-pH	6,5	[5 - 6]
U-Bílkovina semikvant.	negativní g/l	
U-Glukosa	negativní	
U-Ketolátky	negativní	
U-Urobilinogen	negativní	
U-Bilirubin	negativní	
U-Krev	negativní	
Hustota (odhad) (U;	1,010 j	[1,002 - 1,04]

MOČOVÝ SEDIMENT ::

U-Leu	5-10	
-------	------	--

KREVNÍ OBRAZ ::

B-Leu	5,9 $10^9/l$	[4 - 10]
B-Ery	3,24 $10^{12}/l$	[4 - 5,6]
Hemoglobin	108 g/l L!	[130 - 173]
B-HTK	0,32	[0,42 - 0,52]
B-Obj.ery	98 fl	[80 - 98]
B-Hb.ery	33 pg	[26 - 35]
Hb konc.ery	340 g/l	[320 - 370]
B-Trombo	368 $10^9/l$	[136 - 380]

KOAGULACE ::

D-dimer	0,4 mg/l	[0 - 0,3]
---------	----------	-----------

Příloha 11: Konsiliární vyšetření (uváděná kazuistika)

Psychologické vyšetření: Parciální deteriorace (částečné zhoršení) kognitivních funkcí u pacienta v terminálním stádiu alkoholové závislosti (typ gama – s preferencí piva a destilátů). Pokles oproti odhadovanému nemorbidnímu intelektu nejméně o jedno, spíše dvě pásma. Insuficience zejména krátkodobé paměti. Paměť je v relaci s naměřeným intelektem. Na podkladě rozhovoru, anamnézy, testového materiálu a klinického pozorování je pacient hodnocen jako narcistní strukturovaná osobnost. Jsou patrné známky deprepace osobnosti na podkladě letitého intelektu.

Neurologické vyšetření: EEG vyšetření: záznam se zrychlenou základní aktivitou, bez paroxysmálních epileptických a ložiskových grafoelementů.

RTG vyšetření: proveden RTG plic: fyziologický nález na orgánech dutiny hrudní.

Příloha 12: dotazník

Vážený respondent,

jmenuji se Lucie Svatošová a jsem studentkou 3. ročníku Fakulty zdravotnických studií na Západočeské univerzitě v Plzni. V tomto akademickém roce píši bakalářskou práci na téma „Ošetrovatelská péče o nemocného s deliriem tremens.“

Z tohoto důvodu Vás prosím o vyplnění mého dotazníku. Pozorně si přečtete každou otázku a navrhované odpovědi. Při jeho vyplňování, pokud nebude uvedeno jinak, označte pouze jednu odpověď.

Dotazník je zcela anonymní.

Předem děkuji za Váš čas a spolupráci.

1. Kolik let pracujete v Psychiatrické nemocnici v Dobřanech?

- Méně než 5 let
- 5 – 10 let
- 11 – 20 let
- Více než 20 let

2. Jaké je vaše nejvyšší dosažené vzdělání v oboru?

- Středoškolské
- Vyšší odborné
- Specializační
- Vysokoškolské

3. Na jakém typu psychiatrického oddělení pracujete?

- Geriatrické oddělení
- Somatické oddělení
- Standardní oddělení
- Příjímací oddělení
- Jiné.....

4. Setkali jste se někdy během své praxe s pacientem s deliriem tremens?

- Ano
- Ne
- Nevzpomínám si

5. Pokud jste odpověděla/odpověděl v předchozí otázce ano, odpovězte prosím na tuto otázku: Jak často se setkáváte s pacientem s deliriem tremens?

- Více než jednou ročně
- Méně než jednou ročně

6. Přibližně u kolika procent nemocných závislých na alkoholu se rozvine odvykací stav do deliria tremens?

- 1%
- 5%
- 10%
- 20%
- Více než 20%

7. U kterého pohlaví je větší frekvence výskytu deliria tremens?

- Ženy
- Muži

8. Kolikátý den abstinence nebo podstatného snížení alkoholu se typicky rozvíjí delirium tremens?

- 0 – 2. den
- 3 – 5. den
- 6 – 10. den
- Po více než 10 dnech

9. Letalita u neléčeného deliria tremens je:

- 10%
- 20%
- 30%
- 40%
- 50%

10. Mezi typické vegetativní příznaky deliria tremens nepatří:

- Pocení
- Zastřené vědomí
- Nevolnost a zvracení
- Tachykardie, tachypnoe

11. Vypište alespoň 3 fyziologické funkce, které se monitorují u pacienta s deliriem tremens:

-
-
-
-

12. Pacient s nekomplikovaným průběhem deliria tremens vyžaduje:

- Běžnou ošetrovatelskou péči
- Zvýšenou ošetrovatelskou péči
- Ošetrovatelskou péči na jednotce intenzivní péče

13. Ošetrovatelská péče u pacienta s delíriem tremens je zaměřena na:

- Kontrolu vitálních funkcí
- Riziko sebepoškození
- Nedostatečný příjem stravy a tekutin
- Sníženou nebo žádnou sebeděči
- Nedostatečný spánek a odpočinek
- Na všechny výše uvedené oblasti

14. Pacient s delíriem tremens by měl být uložen:

- V tmavé místnosti
- V dobře osvětlené místnosti
- V místnosti s rádiem nebo televizorem

15. Jaké omezovací prostředky nejsou vhodné u neklidného pacienta s delíriem tremens?

- Psychofarmaka
- Kurtace
- Síťové lůžko

16. Pacient s deliriem tremens není akutně ohrožen:

- Pády
- Sebeпоškozením
- Dehydratací
- Infekčními komplikacemi
- Krvácením do zažívacího traktu
- Jaterním selháním
- Malignitou
- Dekompenzací diabetu
- Respiračním selháním
- Oběhovým selháním

17. Je souvislost mezi epileptickými záchvaty a deliriem tremens?

- Ano
- Ne
- Nevím

18. Pokud dojde u pacienta s deliriem tremens ke vzniku generalizovaného epileptického záchvatu, aplikujeme nejčastěji Diazepam 10 mg. Které 2 způsoby aplikace jsou nejvhodnější?

- Intravenózní, per rectum
- Intramuskulární, intravenózní
- Per os, per rektum

19. Pokud u pacienta s deliriem tremens nacházíme tento klinický nález (únava, krvácení z dásní, otoky dolních končetin, hypotenze, tachykardie, dušnost, ikterus), pomýšlíme na:

- Renální selhání
- Srdeční selhání
- Jaterní selhání

20. Která z níže uvedených komplikací u pacienta s deliriem tremens není běžnou ošetrovatelskou intervencí ovlivnitelná:

- vznik infekce
- vznik dehydratace
- vznik pádu
- vznik dekubitu

21. Myslíte si, že lze ošetrovatelskými intervencemi snížit riziko vzniku komplikací u pacienta s deliriem tremens?

- Ano
- Ne
- Nevím

22. Při poskytování ošetrovatelské péče u pacienta s deliriem tremens je pro Vás nejnáročnější (pokud jste odpověděli v otázce 4 „ano“):

- Samotná ošetrovatelská péče
- Zvládání projevů agresivity
- Komunikace
- Jiné.....

Příloha 13: Žádost o povolení výzkumného šetření v PNvD

Psychiatrická nemocnice v Dobřanech

k rukám ředitele MUDr. Vladislava Žižky

a

hlavní sestry Bc. Hany Benediktové

Věc: Žádost o povolení výzkumného šetření v PNvD

V současné době pracuji jako všeobecná sestra v PNvD na oddělení 16. V rámci studia bakalářského oboru ošetrovatelství na Fakultě zdravotnických studií ZČU v Plzni zpracovávám bakalářskou práci, ve které se zabývám problematikou ošetřování pacienta s deliriem tremens. Proto bych chtěla v rámci výzkumného šetření oslovit střední zdravotnický personál v Psychiatrické nemocnici v Dobřanech a zjistit, do jaké míry má znalosti a zkušenosti s ošetřováním pacienta s deliriem tremens. Jako techniku výzkumu jsem zvolila anonymní dotazník (viz příloha).

Chtěla bych Vás požádat o souhlas k provedení tohoto výzkumu na většině oddělení Psychiatrické nemocnice v Dobřanech.

S výsledky šetření se můžete v případě zájmu seznámit. Závěrečná zpráva by mohla být využita k vypracování standardu ošetrovatelské péče o nemocného s deliriem tremens, případně studijního materiálu, který by mohl přispět ke zkvalitnění péče o tyto nemocné.

Děkuji.

V Dobřanech, 11.11.2013

Lucie Svatošová *Svatošová*

všeobecná sestra – odd. 16

Doporučuji

Benediktová

Bc. Hana Benediktová

hlavní sestra PNvD

Benediktová

PSYCHIATRICKÁ NEMOCNICE
V DOBŘANECH
MUDr. Vladislav Žižka
ředitel

MUDr. Vladislav Žižka

ředitel PNvD