

**UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE  
LÉKAŘSKÁ FAKULTA V HRADCI KRÁLOVÉ**

---

**PSYCHÓZY A DELIRIANTNÍ STAVY V INTENZIVNÍ PÉČI  
- V KARIOCHIRURGII –  
Z POHLEDU OŠETŘOVATELSKÉ PROFESE**

**BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

**REGÍNA JIRÁKOVÁ**

**Vedoucí práce: MUDr. Konštický Stanislav CSc.  
PhDr. Alexandra Archalousová**

**HRADEC KRÁLOVÉ, 2006**

**ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ:**

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně s využitím citované literatury.

V Hradci Králové, dne 28. dubna 2006

.....

## **PODĚKOVÁNÍ**

Děkuji MUDr. Stanislavu Konštickému PhD. a PhDr. Alexandře Archalousové za odborné vedení bakalářské práce.

Děkuji MUDr. Petru Kolouchovi a MUDr. Janu Kolouchovi za odbornou pomoc a konzultace.

Děkuji vedení kardiologických pracovišť za umožnění realizace výzkumné části bakalářské práce.

V Hradci králové 28 dubna 2006

.....

# OBSAH

	str.
<b>ÚVOD</b>	6
<b>1. Cíl práce</b>	8
<b>2. TEORETICKÁ ČÁST</b>	9
2.1. Psychózy na JIP	9
2.1.1. Definice a pojmy	9
2.1.2. Obor kardiouchirurgie	10
2.1.2.1. Studie a odborné práce týkající se psychóz a delirantních stavů v kardiouchirurgické intenzivní péči	12
2.1.3. Patofyziologie a diagnostika psychóz na JIP	12
2.1.4. Definice deliria	14
2.1.5. Symptomatologie	14
2.1.6. Jiné organické duševní poruchy v intenzivní péči	15
2.1.6.1. Organická halucinóza	16
2.1.6.2. Organický syndrom s bludy – schizoformní	16
2.1.6.3. Raptus	16
2.1.6.4. Organická katatonní porucha	16
2.1.6.5. Další	17
2.2. Etiologie a rizikové faktory	17
2.2.1. Rizikové faktory	17
2.2.2. Provokační faktory	18
2.2.3. Riziková farmaka	18
2.3. Vlivy prostředí a péče na JIP	19
2.3.1. Abúzus, závislosti	19
2.3.2. Bolest	19
2.3.3. Křečové stavy a epilepsie	20
<b>3. Monitorace pacienta s psychózou</b>	21

<b>4.</b>	<b>Farmakologická prevence</b>	22
<b>5.</b>	<b>Farmakologická léčba psychóz</b>	23
<b>6.</b>	<b>Nefarmakologická léčba psychóz</b>	24
6.1.	Možné ošetrovatelské diagnózy (jednosložkové) související s problematikou	25
6.2.	Možné ošetrovatelské intervence	26
6.3.	Restriktivní opatření	27
6.3.1.	Právní předpisy související s restriktivními postupy	28
6.3.2.	Omezení pacienta v lůžku	29
<b>7.</b>	<b>Zásady ošetrovatelské péče o pacienta v omezení v lůžku</b>	31
7.1.	Dokumentace	31
<b>8.</b>	<b>Kvalita ošetrovatelské péče o pacienty s poruchami vědomí</b>	33
8.1.	Kvalita péče	33
8.2.	Zajišťování kvality ošetrovatelské péče	34
8.3.	Ošetrovatelské standardy	35
8.3.1	Druhy standardů	35
8.3.2.	Standard pracovního postup ošetrovatelské péče	35
<b>9.</b>	<b>EMPIRICKÁ ČÁST</b>	40
9.1.	Cíl výzkumu.	40
9.2.	Kritéria pro zařazení do studie	40
9.3.	Metodika vlastního šetření	40
<b>10.</b>	<b>Výsledky výzkumu</b>	42
<b>11.</b>	<b>Diskuse</b>	52
<b>12.</b>	<b>ZÁVĚR</b>	53
	<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY</b>	54
	<b>SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK</b>	58
	<b>SEZNAM PŘÍLOH</b>	59
	<b>PŘÍLOHY</b>	60
	<b>RESUMÉ</b>	

# ÚVOD

Psychotické stavy se v klinické medicíně vyskytují nejen na psychiatrických odděleních, ale bývají rovněž komplikací průběhu řady somatických onemocnění. Jejich hlavním projevem je porucha identifikace kontaktu se skutečností. Osoba s psychózou vnímá svět odlišně od ostatních, po dobu trvání psychotického stavu pobývá mimo realitu, ve světě řízeném jinými pravidly, zákonitostmi a příběhy. Věcem jsou přiřazovány jiné významy a smysl. Psychózy znemožňují běžné fungování člověka a mohou mít dramatický dopad na jeho chování i zdravotní stav. Pacient může být nebezpečný sám sobě, často i svému okolí.

Psychózy jsou způsobeny heterogenní etiologií, jejich spojujícím článkem je právě stav odlišného vnímání a myšlení. V kardiologii se vyskytuje celá řada faktorů, které mohou mít vliv na vznik psychóz a delirantních stavů – *anestezie, mimotělní oběh, samotná hospitalizace na JIP atd.*

Sestra bývá většinou prvním článkem v diagnostice psychózy nebo delirantního stavu, který upozorňuje lékaře, na první symptomy projevující se často změnou chování pacienta. A s tímto pacientem sama tráví také nejvíce času.

## *Lze tuto problematiku nějak ovlivnit z pohledu a kompetencí sestry ?*

Záleží jistě na nás všech, členech zdravotnického týmu, jak konáme v zájmu nemocného, jak k němu přistupujeme a jaká preventivní opatření provádíme k tomu, abychom alespoň snížili výskyt následných komplikací spojených se změněným stavem vědomí, popřípadě ovlivnili jejich průběh ve prospěch pacienta.

Tato problematika mě velmi zaujala. Z pohledu sestry pracující na kardiologické jednotce pooperační a resuscitační péče bych se v této práci chtěla věnovat faktorům, které mohou vyvolávat již výše zmíněné stavy a některým projevům a okolnostem za kterých tyto stavy vznikly a trvaly.

Zdravotnický personál JIP je trénován převážně ke sledování kvantitativních změn stavu vědomí, často signalizující mozkovou příhodu. Otázky kvalitativních poruch rozkrývá spíše okrajově, systematicky není v popředí pozornosti intenzivistů. Z mého pohledu a z pohledu mnou konzultujících spolupracovníků je to škoda, neboť komplikace spojené s těmito poruchami ve svém důsledku vedou v prostředí často oběhově labilních pacientů po rozsáhlých kardiologických výkonech ke katastrofám ničícím celý operační výsledek.

Psychotické stavy nutící personál k sedaci pacienta, někdy ke znovu zavedení umělé plicní ventilace komplikované rozvojem bronchopneumonie a mnohdy bez možnosti zabránit rozvoji fatálního septického stavu, nejsou až tak vzácné a výrazně degradují snažení celého týmu.

## 1. Cíl práce

Cílem této bakalářské práce je *zmapování některých faktorů týkajících se vzniku, průběhu psychóz a delirantních stavů na kardiochirurgických jednotkách intenzivní a pooperační péče.*

V teoretické části se budu snažit objasnit problematiku psychóz a delirantních stavů v intenzivní péči s ohledem na kardiochirurgii a ošetrovatelskou profesi.

Cílem výzkumné části je zjistit u jakého množství pacientů se vyskytovaly faktory stanovené ve výzkumném protokolu, které mohly ovlivnit vznik a průběh psychóz a delirantních stavů, dále projevy psychóz a způsob jejich léčby.



## 2. TEORETICKÁ ČÁST

### 2.1. Psychózy na ARO/JIP

Poruchy psychických funkcí se u pacientů definovaných charakteristik na jednotkách intenzivní péče vyskytují nezhledně. Mohou být projevem a zároveň ukazatelem závažnosti celkového stavu. Podílejí se na vyšší mortalitě, prodlužují dobu umělé plicní ventilace hospitalizace na ARO/JIP. Intenzivisté se setkávají s celou škálou poruch vědomí a chování, které nespecificky provázejí různá onemocnění. Agitovaný, zmatený či agresivní nemocný je na ARO/JIP vyskytujícím se jevem a farmakoterapie této potenciálně nebezpečné komplikace má své standardy. Ve světové literatuře roste v posledních letech počet příspěvků na toto téma, mění se i částečně přístup k vlastní léčebné strategii a především prevenci psychotického syndromu u kriticky nemocných.

Etiologie takových poruch je většinou multifaktoriální. K odhalení příčiny a léčbě závažných změn je často třeba pečlivé analýzy pacientovy anamnézy, laboratorních a fyzikálních vyšetření, spolupráce celého týmu, klinického psychologa i pomoc rodinných příslušníků. Důvodem k přijetí na ARO/JIP může být pochopitelně i samotný nezvládnutelný psychotický stav nebo suicidální jednání vyžadující efektivní farmakoterapii s komplexním monitorováním a někdy podporou životních funkcí, nejčastěji respirace.(5)

#### 2.1.1. Definice a pojmy

V praxi bývá obtížné přesně od sebe oddělit kvalitativní a kvantitativní složku vědomí. V případě **kvantitativní poruchy vědomí** (poruchy bdělosti- vigility) je z pohledu intenzivisty nomenklatura v celku jednotná. V klinické praxi jsou běžné a srozumitelné termíny : somnolence, sopor, koma. Rutinně jsou používány skórovací systémy (nejčastěji GCS-Glasgow Coma Scale- určené původně pro kraniotraumata), které přesněji popisují stav pacientova vědomí a především umožňují srovnání ( i interdisciplinární) časového vývoje sledované poruchy.

V případě **kvalitativní poruchy vědomí** ( porucha obsahu vědomí- neschopnost integrovat psychické funkce) není nomenklatura tak jednotná. ***I v odborné terminologii jsou často zaměňovány výrazy – psychotické poruchy, ICU psychózy, zmatenost, psychomotorický neklid, negativismus či agresivita a je obtížné najít přesné definice jednotlivých názvů popisujících takové změny chování.*** Někdy je dokonce pod termínem psychotická porucha míněna obtížná komunikace s pacientem v akutní zátěži, ať už psychické nebo somatické.(5,14)

### **2.1.2. Obor kardiologie**

Kardiologie je jedním z nejmladších chirurgických oborů, který se pro svá specifika postupně vyčlenil z velké chirurgie a stal se samostatnou chirurgickou disciplínou. Stejně jako ostatní medicínská odvětví se neobejde bez týmové práce. Spočívá v úzké spolupráci chirurgů, anesteziologů, kardiologů, perfuzionistů, instrumentářek, sester u lůžka, v ambulanci a sanitářů. Její moderní historie se datuje od 50let minulého století ( zavedení mimotělního oběhu do klinické praxe). Při svém vzniku byla kardiologie malým oborem omezeným na operace vrozených srdečních vad a některých získaných poruch srdečních chlopní.

Zavedení koronarografie do diagnostiky ischemické choroby srdeční a aortokoronárního bypassu do způsobu její léčby vedlo v sedmdesátých letech minulého století k obrovskému rozvoji kardiologie. Pokroky v srdeční chirurgii jsou nepřetržité. Patří k nim především neustálé zlepšování techniky provádění mimotělního oběhu, změny operačních technik, nové a bezpečnější metody ochrany myokardu a mozku před ischemií, nové poznatky z patofyziologie hemodynamiky, moderní chlopně a cévní náhrady, přesnější předoperační diagnostika, nové pokroky ve farmakologické léčbě a stále novější přístrojové zabezpečení perioperačního období včetně možnosti napojení na podpůrné srdeční mechanismy. V neposlední řadě snaha o důsledné monitorování mozkových funkcí během zátěže operací.

Náplň kardiologie dospělých tvoří v 70-80 % léčba ischemické choroby srdeční ( koronární rekonstrukce). Na druhém místě jsou operace srdečních chlopní. Dále (nádory srdeční, výdutě, řešení dysrytmií, vrozené vady u dospělých, chirurgie aorty, transplantace atd.) pak nepřesahují 5-10 % operativy. Časté jsou však kombinované výkony na chlopních

a věnčitých tepnách, jak odpovídá jejich incidenci ve stárnoucí populaci. Polymorbidita pacientů s ICHS je stále komplikovanější. Roste věková hranice nemocných podstupující jednotlivé skupiny výkonů.(4,15)

Pacienti po kardiochirurgických výkonech se mohou potýkat z velkou řadou perioperačních komplikací, které mohou významně ovlivnit průběh i délku hospitalizace. Mezi nejčastější komplikace patří porucha renálních funkcí v důsledku ATN (akutní tabulární nekróza), plicní dysfunkce, syndrom nízkého srdečního výdeje, gastrointestinální komplikace nasedají na více, či méně vyjádřenou pooperační ischemii splachniku. V neposlední řadě ***neuropsychické komplikace, které bývají často zahrnovány pod pojem ICU psychózy.***

Přechodná porucha kognitivních funkcí, lehká dezorientace či minimální neurologická symptomatologie bývá popisována až u 80% pacientů po kardiochirurgické operaci. Klinicky se delirantně-amentní stav objevuje až u 25-30% pacientů. V multifaktoriální patogenezi se uplatňuje věk a osobnost nemocného, obava z operace, spánková deprivace, pobyt v neznámém prostředí, pocit závislosti na technických zařízeních, pocit závislosti na ošetřujícím personálu, hypertenzní nemoc, délka mimotělního oběhu a délka svorky aorty, embolizace do CNS během operace (i vzduchová), elektrolytová dysbalance v operačním období, délka umělé plicní ventilace, změna biorytmu. Typické příznaky psychózy se obvykle objevují nejčastěji mezi 1.-7. pooperačním dnem, trvají většinou 24-48 hodin a po odeznění obvykle nezanechávají následky. Pacient se projevuje různě. Bývá lehce dezorientovaný, anxiózní, motoricky neklidný, neschopný koncentrace, někdy ihned agresivní. Postupně se vyvíjí amentně delirantní stav, často s halucinacemi, paranoidními bludy a agresivitou k okolí. Pacient se může stát nezvladatelným, nebezpečným sobě i ošetřujícímu personálu, je nutné ho medikovat a často i použít omezovacích prostředků. Tento stav ve většině případů ovlivní standardní průběh rekonvalescence, zvláště dechovou rehabilitaci a pohybovou aktivitu. (2)

### **2.1.2.1. Studie a odborné práce týkající se psychóz a delirantních stavů v kardiochirurgické intenzivní péči**

V posledních letech bylo v České republice provedeno a publikováno několik studií a odborných článků týkajících se této problematiky.

Do studie doktora Vaňka, Petra, Straky na kardiochirurgickém oddělení FNKV bylo za období šesti měsíců zařazeno 356 pacientů operovaných s použitím mimotělního oběhu. Z tohoto počtu pacientů došlo k rozvoji ICU psychózy u 8 pacientů, tj. 2,23 % . U všech pacientů k rozvoji psychózy došlo 1. pooperační den a po odeznění tohoto psychosyndromu byl u všech pacientů další pooperační průběh bez komplikací. Dále bylo zjištěno, že z multifaktoriálních příčin je u pacientů s psychózou nejvíce podstatným faktorem věk a nebyla nalezena statisticky významná odchylka v době trvání mimotělního oběhu ani v nejnižší dosažené teplotě mimotělního oběhu.(16)

Další studie provedená doktorem Brtkem na kardiochirurgické klinice FN v Hradci Králové se zabývala neuroleptickou léčbou tiapridem u amentně - delirantních stavů po kardiochirurgické operaci. Do studie bylo zařazeno 50 pacientů s amentně - delirantním stavem z nichž 27 (54%) bylo operováno v mimotělním oběhu, 23 (46%) na bijícím srdci. Třicet pacientů (60%) mělo před operací známky mozkové arteriosklerózy. Amentní stav se manifestoval nejčastěji 2. pooperační den. U 72% pacientů odezněl stav po léčbě do 3 dnů, nikdo z nemocných nemusel být léčen déle než 6 dní.(2).

### **2.1.3. Patofyziologie a diagnostika psychóz na JIP**

Nemocný v podmínkách intenzivní péče může zažívat strach, úzkost, bolest, bezmoc. Nevnímá časové souvislosti, je ochuzen o typické střídání dne a noci, má -farmakologicky navozené- poruchy paměti, trpí nespavostí. Je vystaven agresivním zvukovým i světelným alarmům. Vnímá také zákroky prováděné na jiných nemocných, je umístěn na JIP sálového multilůžkového typu. Přes snahu minimalizovat negativní vlivy je dopad na psychiku značný i u nemocných, kteří v oblasti mentálních funkcí nevykazují během pobytu na ARO/JIP hrubé poruchy.

Vzhledem k příčinám hospitalizace na ARO/JIP je nemocný také postižen somaticky a navíc je mu podávána intenzivní farmakologická léčba.

Nejčastěji diskutované poruchy v podmínkách intenzivní péče jsou psychotické poruchy, agitovanost, agresivní chování a psychomotorický neklid, delirium a deliriantní syndromy, někdy suicidální tendence. Jednotlivé potíže a poruchy často jedna druhou přecházejí nebo se vyskytují zároveň. Mnohdy nemocný jen ztratí motivaci k uzdravení a dojde k odevzdání a odmítnutí spolupráce, „chce zemřít“.

Při diagnostice organických psychotických obrazů je nutné odlišit sekundární psychické změny chování (behaviorální změny vyvolané jinou nemocí) od funkčních psychických poruch. Cílem je zjistit vyvolávající příčinu a zamezit jejímu dalšímu rozvoji. Pacient reaguje na podaná farmaka různě citlivě, podáváme je v nejnižší účinné míře. Typicky předchází výrazný zásah do psychické nebo somatické integrity pacienta. Trvání je krátké, projevy bouřlivé. Reakce na léčbu bývá rychlá, pozorujeme vyšší výskyt nežádoucích účinků farmak.

Pro základní diagnostiku je třeba uvědomit si, že pacient je omezen v pohybu, často intubován. Základem je odpovědět si na několik základních otázek. Na základě jednoduché komunikace s pacientem (pokud možno verbální, jinak lze získat odpovědi ano-ne prostřednictvím stisku ruky, mrkání, přikývnutí apod.) cílem je zjistit orientaci nemocného, krátkodobou paměť.

Lze s pacientem navázat kontakt ?

Ví, kdo je ?

Kdy se narodil ?

Jak se jmenuje ?

Jak se jmenují členové rodiny?

Orientuje se na vlastním těle ?

Orientuje se v tomto prostoru ?

Ví, kde je ?

Ví, jaké je datum ?

Uvědomuje si, co mu říkám ?

Zná svoje zdravotní potíže ?

Zapamatuje si tři slova ?

Můžeme položit pacientovi otázku a pouze dvě možnosti nebo mu umožnit odpověď ano-ne. Například po zjištění roku : „jaký máme měsíc, co myslíte ? Je teď srpen nebo únor ? “ „Jste teď doma nebo v nemocnici ? V Praze nebo v Plzni ? “

Pokud je pacient orientován, dále zjišťujeme případné poruchy myšlení a vnímání.

Příklady otázek :

Byla u Vás za poslední hodinu sestřička ?

Myslíte, že se Váš stav zlepší ?

Vyčítáte si něco ?

Máte z něčeho nebo z někoho strach ?

Ublížíje Vám někdo ?

Stalo se, viděl jste nebo slyšel jste něco podivného ?

Tyto otázky se mohou měnit. Je důležité, aby odpovídaly dané situaci a stylu vyšetřující osoby, tedy, aby kontakt působil přirozeně. Lze se tázat na konkrétní situace během noci nebo neklidu nemocného. (5,7)

#### **2.1.4. Definice deliria**

„Porucha identifikace sebe sama v zevním světě a nebo neschopnost určit původ a časově lokalizovat vlastní prožitky, ztráta náhledu chorobného stavu, po odeznění ztráta vzpomínek“ (7).

#### **2.1.5. Symptomatologie**

V případě deliria jsou typicky postiženy všechny složky vědomí , tedy také vnímání (halucinace a iluze – spíše zrakové ) a myšlení ( formální poruchy a málo formované bludy) Reprezentují vlastní psychotickou dimenzi. Dále jsou však v deliriu postiženy i ostatní složky vědomí, tzn. paměť , psychomotorické chování ( hypo-, hyperaktivita), emoce a cyklus - spánek bdění s typickou spánkovou inverzí ( spí ve dne, bdí v noci). Delirium se může vyskytnout v kterémkoliv věku, častěji ve starším věku. Deliriantní stav je

přechodný, jeho intenzita kolísá, průběh může být i bouřlivý. Odlišujeme zejména schizofrenii a demenci, jiný přístup je také třeba k nemocným s deliriem tremens vyvolaným alkoholem nebo drogami.

Delirium se vyskytuje jako samostatná jednotka nebo nasedá (demaskuje) na probíhající demenci. Na ARO/ JIP vidáme častěji pacienty s demencí vaskulární, nežli Alzheimerova typu. Diagnostika je vázána na zjištění validních anamnestických informací- převážně od rodiny nebo z předchozí hospitalizace. V terapii se musíme vystříhat zejména anticholinergně působících látek, které samy mohou delirium způsobit. Jeho příčinou může být akutní či chronická jaterní léze, bakteriální endokarditida nebo maligní onemocnění. Delirium může být také vyvoláno tumorem, nitrolební hypertenzí, prostým traumatem mozku, akutní cévní mozkovou příhodou- proto je třeba pacienta důkladně neurologicky vyšetřit. Po stabilizaci stavu včetně zobrazovacích vyšetření mozku (CT,MR). Ideální je terapie kauzální, kdy rychle psychopatologický stav odeznívá. U pacienta s hojnou medikací je obtížné rozhodnout, nakolik se na příčinách deliria podílí organická porucha a na kolik podávané léky. Samozřejmě zcela jinde stojí svévolné požívání psychoaktivních látek- drog.

Terapie delirií musí být kauzální, respektovat všechny komorbidní stavy a jejich léčbu. Aby si pacient neublížil, snažíme se ho zajistit farmakologicky ( nejčastěji tiapridem) a fyzicky = omezení pohybu.(5,14)

#### **2.1.6. Jiné organické duševní poruchy v intenzivní péči**

Nezbytný je průkaz organického onemocnění v časové nebo příčinné souvislosti s psychopatologickými projevy a absence funkčního psychického onemocnění. Rizikový faktor tvoří některé choroby, jako epilepsie, encefalitida, Huntingtnova choroba, Cushingova choroba, porucha funkce štítné žlázy (hypo- i hyperfunkce), karcinom pankreatu, lupus erytermatodes a další. Jinou příčinou může být i medikace -L-dopa, metyldopa, propranolol a steroidy. Bizarní projevy mohou způsobit některé exotické nemoci.(5)

#### **2.1.6.1. Organická halucinóza**

Izolovaně se vyskytující halucinace bez alterace zbytku vědomí. Příčinou bývá spíše fokální působení – tumory, metastázy apod. Halucinace mohou být bludně zpracovány, často jsou jen přechodné a pacient má zachován náhled na jejich nereálnost. (5,14)

#### **2.1.6.2. Organický syndrom s bludy – schiziformní**

S bizarními bludy - tělovými, perzekučními, žárliveckými, včetně halucinací. Vědomí a paměť nejsou narušeny. Mohou vznikat na podkladě tumoru, včetně metastáz, cévní mozkové příhody. Izolované poruchy myšlení nebo bludy jsou také typickým příznakem vaskulární demence.(5)

#### **2.1.6.3. Raptus**

Rychlé agresivní pohyby, dezorganizované jednání s velkým afektivním napětím. Představuje akutní ohrožení.(5,14)

#### **2.1.6.4. Organická katatonní porucha**

Projevuje se agitovaností s napadáním nebo střídáním obrazů. Vyskytuje se velmi zřídka. Způsobena může být encefalitidou.(5)



### **2.1.6.5. Další**

Poruchy emotivity – apatie, agitovanost, obranné agresivní chování a psychomotorický neklid jsou v podmínkách intenzivní péče poměrně častým jevem. Tyto projevy mohou vždy být součástí psychózy, ale i jiných onemocnění. (5,14)

## **2.2. Etiologie a rizikové faktory**

Do rizikových faktorů rozvoje agitovanosti a organických psychóz patří účinky léčiv, oběhové abnormality a dodávky a spotřeby kyslíku, hypertenze a hypertenzní krize, těžká infekce, sepse a další, především :

### **2.2.1. Rizikové faktory**

- Věk nad 70 let
- Překlad z domova důchodců
- Předchozí historie deprese
- Předchozí historie demence
- Užívání psychofarmak
- NGS výživa
- PMK
- CVK
- Malnutrice
- Pohybový handicap (7)

### **2.2.2. Provokační faktory**

- Stav po CMP
- Epilepsie
- Alkoholový abúzus
- Kraniocerebrální trauma
- Intoxikace

- Abusus drog
- Elektrolytová dysbalance
- Onemocnění štítné žlázy
- Hypoglykémie a hyperglykémie
- Hypotermie a hypertermie
- Renální insuficience
- Jaterní léze
- Historie srdečního selhání
- Kardiogenní, septický šok
- HIV infekce v terminálním stadiu (7)

### 2.2.3. Riziková farmaka

Léčiva a jejich metabolity podávaná v perioperačním období, či následné pooperační péči vzájemně působí v nejednotných interakcích. Rizikové látky jsou uvedeny v tab. 1.

Tab.1. Rizikové látky

<i>Abusus</i>	<i>Medikace</i>	<i>Intoxikace</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alkohol</li> <li>• Cannabis</li> <li>• Kokain</li> <li>• Halucinogeny</li> <li>• Rozpouštědla</li> <li>• Sedativa</li> <li>• Phenylcyclidin</li> <li>• Hypnotika</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anestetika</li> <li>• Analgetika</li> <li>• Antiastmatika</li> <li>• Antikonvulsiva</li> <li>• Antihistaminika</li> <li>• Antihypertenziva</li> <li>• Antibiotika</li> <li>• Kortikoidy</li> <li>• H<sub>2</sub> blokátory</li> <li>• Myorelaxancia</li> <li>• Imunosupresiva</li> <li>• Anticholinergika</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ACHEI</li> <li>• Organofosfáty</li> <li>• CO</li> <li>• CO<sub>2</sub></li> <li>• organická rozpouštědla</li> <li>• Paliva (7)</li> </ul>

## **2.3.Vlivy prostředí a péče na JIP**

Neadekvátní léčba bolesti, špatné nastavení ventilačních parametrů (hypoxie, či retence CO<sub>2</sub>), přetrvávající svalová relaxace u bdělého pacienta, opomíjené vedlejší nálezy (zánět středního ucha, spojivek apod.), insomnie (zajištění klidného spánku je někdy jen za pomoci dostatečné farmakologické sedace). Chlad, chronická medikace a její přerušení, *použití mimotělního oběhu během předchozí operace*. Dále řada dalších faktorů, včetně vlastního prostředí intenzivní péče s agresivními alarmy, světly, hlukem i jinými stimuly, psychosociální izolace, ztráta soukromí, mají vliv na vznik kvalitativních poruch vědomí.(5)

### **2.3.1. Abúzus, závislosti**

Zejména závislost na nikotinu může být snadno podceněna. Drtivá většina chronicky závislých na alkoholu hospitalizovaná pro jiná onemocnění později představuje hlavní terapeutický problém a zvyšuje významně délku pobytu na JIP.(5)

### **2.3.2 Bolest**

Bolest je každým pacientem vnímána jinak, neměli bychom zapomínat i na chronickou bolest ( např. vertebrogenní algické syndromy, bolesti hlavy, atd.), která pacienta sužuje již před hospitalizací.(5)

### **2.3.3. Křečové stavy a epilepsie**

Kvalitativní změny vědomí jsou obvyklé u nekonvulzivních epileptických záchvatů i po proběhlých konvulzivních záchvatech. (5,7 ,15)

### **3. Monitorace pacienta s psychózou**

V literatuře je uváděno velké množství hodnotících škál, které je možné použít v intenzivní péči při hodnocení stupně sedace, bdělosti, subjektivního vnímání bolesti a potenciálního rizika vzniku přidružených komplikací u psychóz. Pro ilustraci uvádím pouze některé, týkající se této problematiky.

- Intensive Care Delirium Screening Checklist (ICU-DSC)
- Delirium Symptom Interview (DSI)
- Memory Delirium Assesment Scale (MDAS)
- Confusion Assesment Method (CAM-ICU)
- Clinical Assesment of Confusion (CAC-A)
- Ramsay Sedation Scale (RSC)
- Sedation- Agitation Scale (SAS)
- Verbal Scale (VRS)
- Visual Analog Scale (VAS)
- Numeric Rating Scale (NRS)
- Glasgow Coma Scale (GCS)
- Mini- Mental- State test (MMS)
- Activity Daily Living (ADL)
- Norton Score (5,12)

## **4. Farmakologická prevence**

U starších a sklerotických pacientů by nemělo být použito benzodiazepinů, hlavně ne v indikaci hypnotik. Při prvních známkách změny chování se doporučuje podat včas psychofarmaka ze skupiny SSRI (tiaprid, risperidon). Pacienti, kteří chronicky užívají psychofarmaka již před hospitalizací by neměli mít dlouhou prodlevu mezi podávanými dávkami. Důležitá je také dostatečná analgezie akutních i chronických bolestí. (5,7)

## 5. Farmakologická léčba psychóz

V kardiologické intenzivní péči jsou v léčbě psychóz používána psychofarmaka-neuroleptika, antipsychotika (v akutní fázi v podání parenterálním s následným perorálním podáním po zlepšení stavu), dále hypnotika, sedativa, anestetika a další specifické léky v různých formách. Nejčastěji používaná léčiva jsou :

- Tiaprid
- Haloperidol
- Olanzapin
- Dexmetomidin
- Midazolam
- Propofol
- Nikotinové náplasti (5,7,9)

## 6. Nefarmakologická léčba psychóz

Stejně jako v diagnostice má důležitou roli v nefarmakologické léčbě sestra a její kvalitní provádění ošetrovatelského procesu s uspokojováním individuálních potřeb pacienta a plnění lékařských ordinací. K aplikaci vhodných metod ošetrovatelského procesu je nutné, aby sestra měla odpovídající vzdělání a dovednosti v oblasti interpersonální (komunikace, naslouchání, projev zájmu a empatie, získání důvěry a pod), technické (zručnost při výkonech a provádění odborných intervencí) a intelektové (řešení problémů, kritické myšlení a schopnost utváření adekvátních úsudků) atd.

Vyvine-li se u nemocného akutní psychóza, měla by sestra neprodleně informovat lékaře a dle aktuálního stavu pacienta provést následující opatření:

- Sestra by měla mít vždy na paměti, že ustaranost, opakované dotazy a přehnaný strach nemusí být nutně projevem psychózy, ale mohou být reálnou odpovědí na stres z hospitalizace na jednotce intenzivní péče.
- Pokud je to možné (a dovolují to okolnosti) v rámci ošetrovatelské anamnézy ve spolupráci s pacientem sestra zhodnotí jeho celkový aktuální zdravotní stav (hlavě psychický). Požádá pacienta, aby popsal co prožívá - včetně toho co vidí, slyší, vnímá pomocí hmatu a čichem. Určí aktuální a potencionální problémy (ošetrovatelské diagnózy), sestaví písemný individuální plán ošetrovatelské péče – plán péče (v něm seřadí OD dle priorit, ke každé OD stanoví ošetrovatelské intervence, pak péči realizuje.
- Po určité době (na JIP po 12 nebo po 24 hodinách) sestra vyhodnotí srovnáním skutečného stavu a očekávaných výsledků stav pacienta a podle něj se dále odvíjí následující plán péče.(9)

Psychotická epizoda (psychotický stav, delirium) by měla být podrobně zaznamenána včetně chování a duševního stavu do formuláře Vývoje stavu pacienta / pozorování. Při



vedení záznamu duševního stavu pacienta by se sestra měla snažit o co největší přesnost a výstižnost. Při popisu chování pacienta nepoužívat příliš všeobecné termíny či nepatřičné výrazy typu podivný, bláznivý apod.(8)

### **6.1. Možné ošetřovatelské diagnózy (jednosložkové) související s problematikou**

- Zmatenost akutní
- Úzkost
- Úzkost ze smrti
- Senzorické a percepční poruchy
- Spánek porušený (popř. Spánková deprivace)
- Únava
- Bolest akutní ( chronická) Neznalost (potřeba poučení)
- Komunikace verbální porušená
- Společenská interakce porušená
- Život rodiny narušený
- Poškození v souvislosti s operačním výkonem, riziko poškození
- Srdeční výdej snížený, riziko vzniku
- Trauma, zvýšené riziko
- Násilí (akutní) hrozící vůči sobě
- Násilí ( akutní) hrozící vůči jiným
- Chirurgické zotavení opožděné
- Infekce, riziko vzniku
- Kožní integrita porušená
- Tkáňová integrita porušená

- Pohyblivost porušená
- Výživa porušená, nedostatečná
- Péče o sebe sama nedostatečná
- Výměna plynů porušená, riziko vzniku
- Aspirace, riziko vzniku
- Tělesné tekutiny, riziko nerovnováhy (3)

## **6.2. Možné ošetrovatelské intervence**

- Ved'te pacienta k používání vizuálních/sluchových pomůcek, je-li jich třeba a to co nejdříve po návratu vědomí (odeznění anestezie).
- Snažte se vytvořit klidné prostředí bez hluku/ přílišné stimulace, aby nedocházelo k přetížení nemocného podněty.
- Uklidňujte pacienta a ujišťuje ho, že mu nic nehrozí a je v bezpečí.
- Domáhá-li se pacient platnosti svých psychotických přesvědčení, dejte mu najevo, že mu věříte, že prožívá příznaky které sám popisuje.
- Snažte se vymezit, které prvky a myšlenky se pravděpodobně nezakládají na pravdě.
- Je-li psychotické jednání zaměřeno na určitou osobu, omezte kontakt tohoto člověka s pacientem.
- Podávejte antipsychotika a jiná farmaka dle předpisu lékaře.
- Realizujte léčebný plán vycházející z doporučení (ordinací) ošetrujícího lékaře popř. psychiatra. (minimalizace i.v. linek, katétrů a sond)
- Pokud to dovoluje pacientův zdravotní stav snažte se ho co nejdříve mobilizovat z lůžka a zajistěte adekvátní rehabilitaci fyzioterapeutem.

- Omezovací prostředky použijte jen v naléhavých případech nebo jen hrozí-li sebepoškození pacienta nebo jeho okolí. Jinak vždy vyčkejte rozhodnutí a písemné zdokumentování ordinace lékaře.
- Nabídněte nemocnému neformálně navázání vstřícného vztahu, který pomůže při zvládnání psychózy.
- Spolupracujte s rodinou pacienta, posuďte její reakci na duševní stav pacienta. Snažte se rodinu uklidnit a vysvětlete jim, v rámci svých kompetencí co nejpodrobněji, o co se u jejich blízkého jedná. V případě potřeby jim poradte jak s psychotickou osobou jednat.
- Posuďte, zda pacientovi hrozí riziko pádu či poranění sebe sama či jiné osoby a proveďte veškerá preventivní opatření, aby se tak nestalo.
- Stále buďte pacientovi nablízku nebo zajistěte dohled jiné kompetentní osoby.
- Nadále sledujte chování a duševní stav nemocného.
- Nikdy nejednejte konfrontačně dříve, než stav pacienta zhodnotí lékař !

(1,3,9,)

### **6.3. Restriktivní opatření**

Zvládnání neklidu a kontaktu s nespolupracujícím a agresivním pacientem je jedním z mnoha specifík (i když ne příliš častým) práce sestry na kardiochirurgické jednotce intenzivní péče. Při své praxi se sestra setká s celou řadou komplikovaných situací. To jakým způsobem je zvládne záleží na jejich zkušenostech, teoretických základech a schopnosti zvolit vhodný postup. Vždy by mělo platit, že restriktivní postupy jsou voleny až jako poslední krajní možnost řešení poté co selhaly jiné intervence. Tato opatření by měla trvat pouze po nezbytnou dobu a pacientovi musí být věnována zvýšená lékařská i ošetrovatelská péče. (9)

Pacienta, který je svým chováním nebezpečný sobě (v kardiouchirurgii hrozí zejména povytažení nebo dekanylace intravenózních, intraarteriálních katétrů, PMK, mediastinálních a hrudních drénů, endotracheální a tracheotomické kanyly, atd.) nebo okolí a jehož chování se nedá zvládnout farmakologickou medikací, je nutné fyzicky omezit. (7,9)

Musí-li sestra řešit otevřenou agresi měla by dbát zejména :

- na bezpečí pacienta
- na bezpečí pro ostatní pacienty
- na bezpečí pro personál
- ochrana zařízení je až na dalším místě (9)

***Omezujícími prostředky rozumíme :***

- a) terapeutická opatření omezující volný pohyb a jednání pacienta
- b) terapeutická opatření uplatňovaná bez souhlasu pacienta  
(podání medikace) (9)

### **6.3.1. Právní předpisy související s restriktivními postupy**

V českém právním řádu omezení osobní svobody pacienta upravují následující právní normy:

- listina základních práv a svobod
- úmluva o lidských právech a biomedicíně
- zákon č.20/1996 Sb., o péči a zdraví lidu
- zákon č. 140/1961 Sb., trestní zákoník

- zákon č. 40/1964 Sb., občanský zákoník
- zákon č. 99/1963 Sb., občanský soudní řád
- metodické opatření k používání omezovacích prostředků (9)

Rozhodnutí o aplikaci omezovacích postupů by mělo být výhradní kompetencí lékaře, který použití posuzuje a ordinuje. Tím se částečně předchází subjektivnímu vyhodnocování jednotlivých situací ošetřujícím personálem, u kterých míra tolerance k chování pacienta může být značně odlišná. V akutních případech může o omezení pacienta rozhodnout sestra., jedná se o případy, kdy není možné vyčkávat s řešením závažné situace, která by jinak vedla k sebepoškození pacienta nebo jeho okolí. I v těchto situacích musí však lékař v co nejkratší době intervenci sestry posoudit, potvrdit nebo zvolit jinou variantu. (1,9)

### 6.3.2. Omezení pacienta v lůžku

Nejčastěji používaným restriktivním postupem na běžných klinických pracovištích (mimo psychiatrická oddělení), tj. i na kardiouchirurgii je **omezení pacienta v lůžku**. Tento pojem zahrnuje krátkodobé znehybnění pacienta využitím popruhů na horních a dolních končetinách. (9)

Před začátkem provedení lékař nebo sestra vysvětlí pro něj pochopitelnou formou důvody vedoucí k omezení, informují jej o dalším postupu, časové perspektivě délky omezení a dostupnosti zdravotnického personálu. Samotné omezení a jeho průběh by mělo být provedeno tak, aby bylo pro pacienta co nejméně zatěžující a stresující. (1,9)

Pro vlastní omezení pacienta je důležitý dostatečný počet personálu, který je nezbytný k tomu, aby omezení mohlo být provedeno rychle a bezpečně. Pacientovi by měla být nejprve nabídnuta možnost nechat se omezit dobrovolně bez užití fyzického nátlaku. Je-li nutný fyzický nátlak musí být zákrok organizovaný a rozhodný. “V průběhu omezování nesmějí být používány bolestivé hmaty ani jiné nehumánní postupy. Je respektována důstojnost člověka. „(9) Při prvním omezování se pro jeho aktivní odpor často nepodaří optimálně upevnit a vypodložit všechny fixační popruhy. Když je pacient již v lůžku

omezen, je důležité omezení jednotlivých končetin postupně upravit, aby bylo účelné a co nejméně nepohodlné.

Na začátku omezení musí být pacientovi změřen krevní tlak a puls (na JIP monitorováno kontinuálně), neboť fyzické omezení může vést k výraznému stresu a fyzickému zatížení nemocného.

Musí být stanovena maximální doba omezení, po které musí stav pacienta znovu posoudit lékař. Sestra odpovídá za správné provedení omezení a zajištění základních potřeb nemocného v rámci komplexní ošetrovatelské péče.(9)

## 7. Zásady ošetrovatelské péče o pacienta v omezení v lůžku

Po celou dobu musí být pacientovi věnována zvýšená ošetrovatelská péče, musí být průběžně sledován sestrou. Sledování je kromě běžného v kardiologii (EKG,TK, CVP, vědomí atd.) zaměřeno na chování, projevy a stav prokrvení fixovaných končetin. Z běžné ošetrovatelské péče (hygiena, bilance tekutin, péče o vyprazdňování, dýchací cesty atd.), kterou sestra provádí na kardiologických jednotkách intenzivní péče rutinně je nutné zdůraznit **prevenci dekubitů**- vypodložení rizikových míst, použití antidekubitních pomůcek, péče o kůži, **prevenci negativních důsledků z omezení končetin**- správné přiložení a vypodložení popruhů, pravidelné uvolňování a promasírování fixovaných končetin, pravidelné kontroly prokrvení fixovaných končetin.

„Užití restriktivního postupu není důvodem k nepovolení návštěv. Každá návštěva však musí být ošetřujícím personálem dostatečně poučena o důvodech vedoucích k omezení pacienta. Doporučovány jsou kratší návštěvy pod supervizí personálu. Návštěva by měla být schopna akceptovat omezení“ (9).

Po skončení omezení by pacientovi měla být nadále věnována zvýšená pozornost a ošetrovatelská péče, což umožní včasné reagování na eventuální komplikace psychického či somatického charakteru plynoucí z předchozího omezení. (9)

### 7.1. Dokumentace

#### *Co je nutno zdokumentovat ?*

- stav pacienta předcházející omezení a důvody k němu vedoucí
- čas počátku omezení
- výsledky průběžného sledování se zhodnocením stavu pacienta, včetně důvodů k pokračování či ukončení omezení

- jasně dokumentovat kontrolu stavu prokrvení imobilizovaných končetin a kontrolu vitálních funkcí v opakovaných intervalech
- prováděné ošetrovatelské intervence
- návštěvy u pacienta (popř. telefonáty)
- čas ukončení o mezení s popsáním aktuálního stavu a výsledky sledování po ukončení omezení
- komplikace spojené s užitím restriktivního postupu - poranění pacienta nebo členů personálu, vznik dekubitů, psychická traumatizace vyplývající z omezení, a další (8,9)



## **8. Kvalita ošetrovateľskej péče o pacienty s poruchami vedomí**

Péče o pacienty s poruchami vedomí (kvantitatívnými i kvalitatívnými) je jedným z kritérií pri hodnotení kvality péče daného zdravotníckeho zariadení.

### **8.1. Kvalita péče**

Pojetí kvality je dáno kulturným a sociálnym prostredím.

Kvalitní ošetrovateľská péče je charakterizovaná týmito znakmi :

- v zemi i v konkrétnom zariadení existuje jasná koncepcia ošetrovateľství
- péče je poskytovaná metódou ošetrovateľského procesu
- péče je odvodená od potrieb pacienta
- práca ošetrovateľského personálu je tímová
- ošetrovateľský personál je dobre motivovaný a odborné pripravený
- ošetrovateľský personál má stanovené reálne ciele
- ošetrovateľský personál dodržiava profesionálny etický kodex a práva pacientů
- praxe ( poskytovaná péče) je vedecky podložená
- do ošetrovateľskej péče sú aktívne zapojení pacienti/ klienti
- existuje účinná medzioborová spolupráca (6)

Kvalita ošetrovateľskej péče môže byť posudzovaná podľa rôznych kritérií v závislosti na tom, kto hodnotenie poskytované péče provádí.

- lekárom
- pacientem

- sestrou
- pracovníky ošetrovatelského managementu
- experty z neziskových nezávislých organizací - JCI,SAK (6,11)

## 8.2. Zajišťování kvality ošetrovatelské péče

Zajišťování kvality ošetrovatelské péče obsahuje tyto základní elementy :

- stanovení jasných cílů a profesionálních hodnot
- definici požadované kvality
- vypracování **ošetrovatelských standardů**, jejichž dodržování požadovanou kvalitu zaručí
- vypracování systému kontroly dodržování standardů
- zajištění organizačních a profesionálních faktorů, které jsou nezbytné pro dosažení standardní práce
- stanovení způsobu dosaženého efektu (6)

***Zajišťování kvality ošetrovatelské péče je proces zahrnující tři významné kroky:***

1. Monitorování skutečné praxe a odstraňování problémů tak, aby praxe odpovídala dohodnuté normě.
2. Stanovení konkrétních kroků v systému zajištění kvality péče (ošetrovatelský audit).
3. Vytváření specifických ošetrovatelských standardů. (6)

### **8.3. Ošetrovatelské standardy**

Ošetrovatelským standardem se rozumí dohodnutá profesní norma kvality. Standard určuje, co je nutnou, nezbytnou základní normou potřebnou pro poskytování kvalitní ošetrovatelské péče. Je tedy vodítkem, podle kterého můžeme hodnotit, zda ošetrovatelské činnosti odpovídají požadované úrovni. Standardy vymezují jednoznačně minimální úroveň péče, která má být poskytnuta.(6,11)

#### **8.3.1 Druhy standardů**

1. Standardy výkonu ošetrovatelské profese
2. Standardy ošetrovatelské péče
3. Standardy ošetrovatelské dokumentace
4. Standardy vybavení pracoviště z hlediska ošetrovatelské péče
5. Standardy personálního obsazení
6. Standardy pracovních postupů (manuály)
7. Standardy pro vzdělávání ošetrovatelských pracovníků (6,9,11)

#### **8.3.2. Standard pracovního postup ošetrovatelské péče**

Ve své práci uvádím zestručněnou, obecnou formu standardního pracovního postupu ošetrovatelské péče používaného v Nemocnici Na Homolce tj. i na kardiochirurgické jednotce pooperační a resuscitační péče, který je vypracován v souladu s akreditačními standardy JCI a slouží jako norma pro kvalitní poskytování péče, pomůcka pro nové sestry, které mají možnost si kdykoliv postupy své práce ověřit. Jeho uplatnění patří

k hlavním indikátorům kvality ošetrovatelské péče v této oblasti, a jeho dodržováním minimalizuje nemocnice následky komplikací u pacientů, kteří podstoupili mnohdy náročné chirurgické výkony s dlouhou dobou anestézie a došlo u nich k rozvoji psychózy (delirantního stavu). Správnost postupu lze ověřit vnitřním auditem.

## **Standardní postup ošetrovatelské péče**

### ***Péče o neklidné pacienty***

#### **Účel**

Zajistit bezpečnost zmateného a neklidného pacienta

#### **Definice, terminologie**

Možné příčiny neklidu:

- věk pacienta
- cizí prostředí
- metabolické poruchy (glykémie, minerály, acidobazická rovnováha)
- následné hypoxie mozku (šok, porucha respirace, pokles tlaku ...)
- abuzus alkoholu, psychotropních látek

#### **Postup**

Podrobný postup

- při projevech neklidu zjistit příčiny jeho chování a informovat lékaře
- umístěte pacienta na pokoji co nejbližší ošetrovatelskému personálu
- nenechávejte pacienta bez dohledu
- z okolí lůžka odstraňte všechny nebezpečné předměty (ostré, skleněné)
- zajistěte okna a dveře balkonu
- naslouchejte, komunikujte

- pokud není možno zajistit zvýšenou péči o neklidného pacienta na standardním oddělení, může doporučit ošetřující lékař překlad na ošetřující jednotky JIMP, SIP, JIP
- podávání léků podle ordinace lékaře
- použití omezovacích prostředků v případě, že pacient ohrožuje sebe nebo okolí

### **Imobilizace použitím omezovacích prostředků**

Jedná se o krátkodobé omezení (pohybu) pacienta v lůžku za použití popruhů na horních a / nebo dolních končetinách, popřípadě břišního pásu. Dále se jedná o aplikaci psychofarmak bez souhlasu nemocného.

#### **Důvod**

Omezovací prostředky lze použít výjimečně a pouze v případě, kdy pacient svým jednáním ohrožuje sebe anebo své okolí.

Důvodem nesmí být usnadnění péče či pouhý neklid pacienta

Nejčastější psychické poruchy vedoucí k omezení pacienta: agitovanost, afektogenní (psychogenní), delirantní (psychotické, toxické) anebo organické (demence, mentální retardace).

Aplikace omezovacích prostředků je omezena na dobu nezbytně nutnou (do ukončení aktuálního ohrožujícího jednání pacienta). Vždy je doprovázena účinnou antipsychotickou medikací.

#### **Edukace**

Pacienta s ohledem na jeho zdravotní stav srozumitelně poučte o důvodech, povaze a délce trvání použitých omezovacích opatření. I dodatečně je nutné s pacientem užití omezovacích prostředků prodiskutovat a vysvětlit. Seznamte ho s možností signalizace zdravotnickým pracovníkům k uspokojení jeho potřeb.

## **Pomůcky**

Funkční kurty, popruhy, pásy, antidekubitární pomůcky.

## **Postup**

Ošetřující lékař rozhodne o užití omezovacích prostředků, provede záznam do dekurzu. Zapiše důvod a druh omezení, eventuelně individuální pokyny.

K použití omezovacích postupů může zdravotní sestra přistoupit k omezení pacienta bez předchozí ordinace lékaře pouze ve výjimečných případech. Lékař však musí být neprodleně informován, aby mohl v co nejkratším termínu potvrdit odůvodněnost omezení nebo navrhnout jiný postup.

Při použití omezovacích prostředků řádně vypodložte popruhy, vhodně napolohujte lůžko, postupně upravte jednotlivé končetiny pacienta tak, aby bylo omezení účelné a co nejméně nepohodlné.

Pravidelně kontrolujte vitální funkce, pokud lékař neurčí jinak á 1 hodina, pravidelně á 30 minut kontrolujte přiložení a vypodložení popruhů, uvolňujte promasírujte fixované končetiny a kontrolujte jejich prokrvení.

Dbejte na prevenci dekubitů, zejména při déle trvajícím omezení nebo u pacientů se somatickými komplikacemi (DM, ICHDK, ICHS, CHŽI, infekce) – vypodložte riziková místa, používejte antidekubitární pomůcky a pečujte o pokožku pacienta. Pokud by došlo k poškození integrity kůže (např. oděrky pod popruhy) nebo změnám prokrvení, proveďte nápravné úkony, ohlaste skutečnost lékaři a proveďte záznam do ošetřovatelské dokumentace.

Pečujte o hydrataci (dle tekutinové bilance a požadované diurézy ordinované lékařem) a příjem potravy.

Sledujte vylučování moče a stolice.

Pečujte o stav dýchacích cest (např. prevence aspirace, stagnace hlenu apod.)

Pečujte o hygienu pacienta (neopomeňte péči o dutinu ústní a vlasy, apod.), dle potřeby výměna osobního prádla a ložního prádla, úprava lůžka, zajistěte pacientovi tepelný komfort.

Při jednání s příbuznými buďte citliví a vysvětlete okolnosti omezení pacienta.

## **Dokumentace**

Rozhodnutí lékaře zaznamenané do dekurzu - důvod opatření (popis stavu), záznam o předchozí antipsychotické terapii zahájení a podpis lékaře.

Výsledky průběžného sledování se zhodnocením stavu pacienta (změny duševního tělesného stavu) zapisuje ošetřující lékař do dekurzu. Prováděné ošetrovatelské intervence zapisuje sestra do ošetrovatelské dokumentace, návštěvy u pacienta.

Čas ukončení omezení, popsání stavu pacienta při ukončení omezení. Podpis lékaře/ sestry. Je-li nutné, aby omezení trvalo déle než 24 hodin, nebo nepodaří-li se do 24 získat souhlas pacienta., je nutno hlásit příslušnému soudu.

## **Komplikace**

Porušení integrity kůže, hematomy, přerušení cirkulace krve v zafixovaných částech těla, změna stavu vědomí, dehydratace. (13)

## **9. EMPIRICKÁ ČÁST**

### **9.1. Cíl výzkumu**

Vlastní výzkumná práce se zabývá mapováním možných faktorů ovlivňujících vznik a průběh psychóz na kardiologických jednotkách intenzivní péče, popisem jevů, které provázely tyto stavy a jejich léčbou.

### **9.2. Kritéria pro zařazení do studie**

Do výzkumu byli zařazeni pacienti po kardiologických operacích, v průběhu hospitalizace na kardiologických jednotkách intenzivní péče - v Nemocnici Na Homolce, ve FNKV a VFN období od prosince 2005 do dubna 2006, u kterých došlo k rozvoji psychózy, deliriantního stavu a bylo u nich nutno zasáhnout farmakologicky či pomocí omezovacích prostředků, aby nedošlo k jejich sebepoškození.

### **9.3. Metodika vlastního šetření**

Všechny sestry pracující na výše jmenovaných JIP byly předem informovány o charakteru studie a vedení části protokolu, které se týkaly okolností vzniku psychózy a jejího průběhu.

Sestavený protokol studie se skládal z části týkající se vlastního pozorování chování pacientů (vyplňovaly sestry pečující o konkrétní pacienty) a z části týkající se anamnestických dat z doby před hospitalizací a údajů týkajících se průběhu hospitalizace pacientů na JIP - zjišťováno z lékařské a ošetrovatelské dokumentace pacientů.



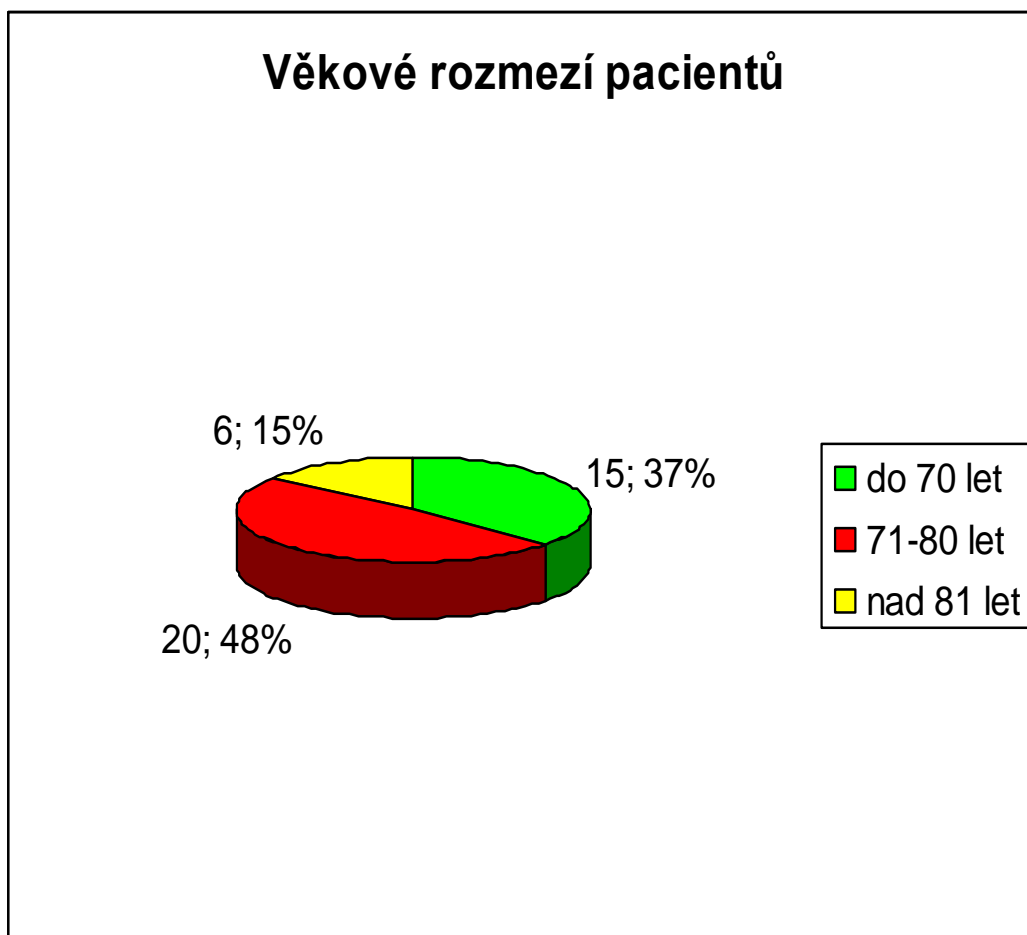
Sledované údaje zahrnovaly:

- Demografické údaje (věk)
- Způsob přijetí nemocného (akutní, plánované)
- Spektrum operačních výkonů a použití mimotělního oběhu
- Přidružená onemocnění
- Abúzus (alkohol, nikotin)
- Rizikové faktory v průběhu hospitalizace
- Premedikaci
- Okolnosti vzniku psychózy
- Chování pacienta v průběhu psychózy (agresivita)
- Délku trvání psychózy
- Nutnost použití omezovacích prostředků
- Návštěvy u pacientů
- Farmakoterapii

## 10.Výsledky výzkumu

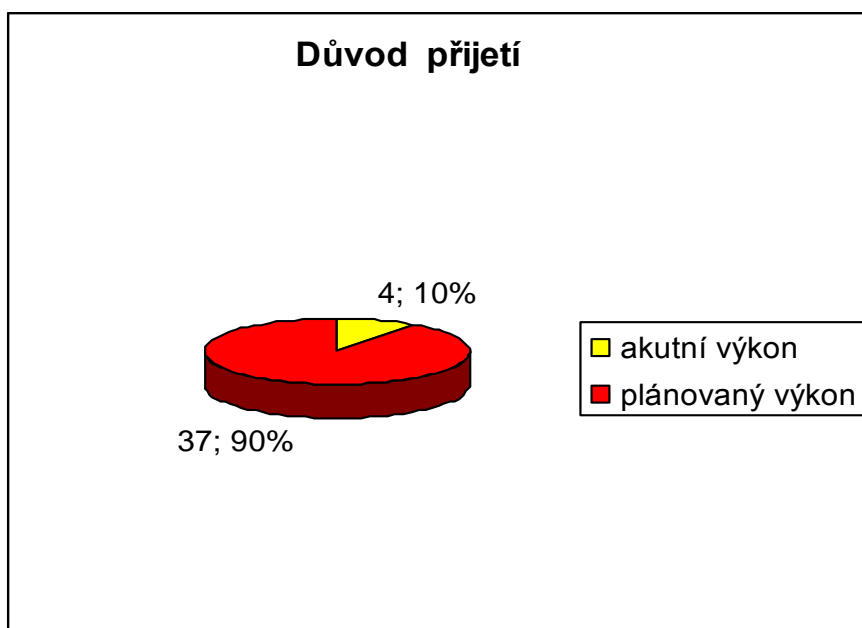
Celkem bylo do výzkumu zařazeno 41 nemocných ve věku od 56 do 87 let, viz.graf č.1.

Graf č. 1



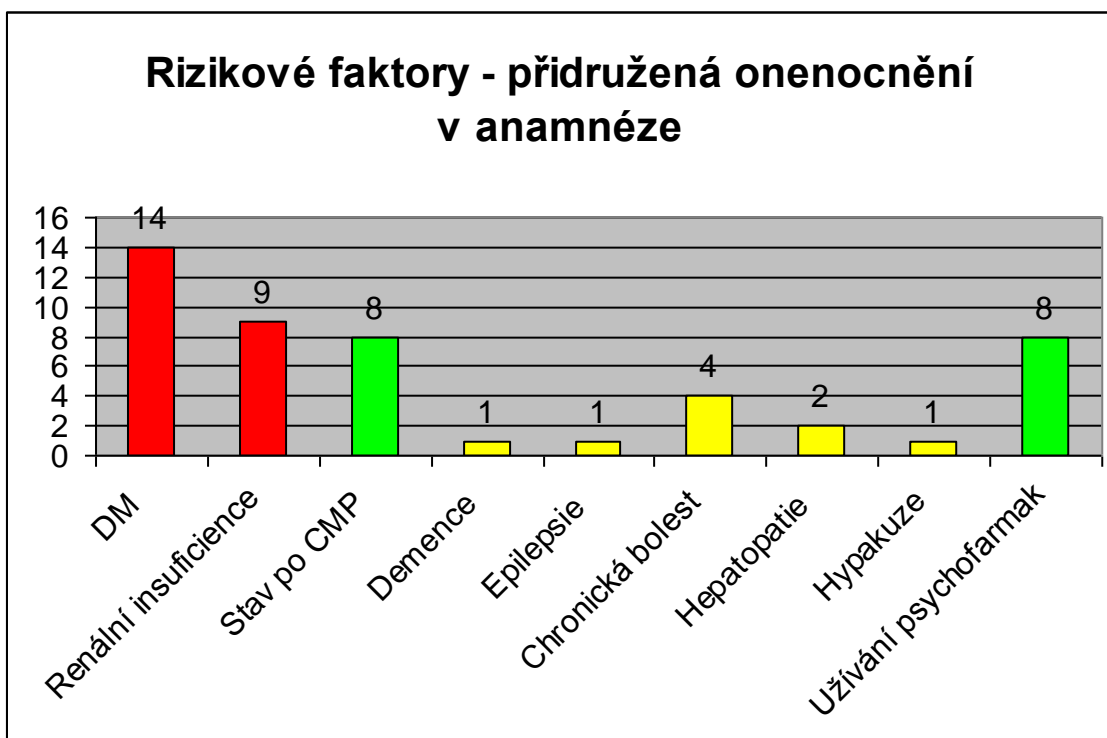
**Graf č.2 uvádí důvod přijetí pacientů na kardiologické oddělení.**

Graf č.2



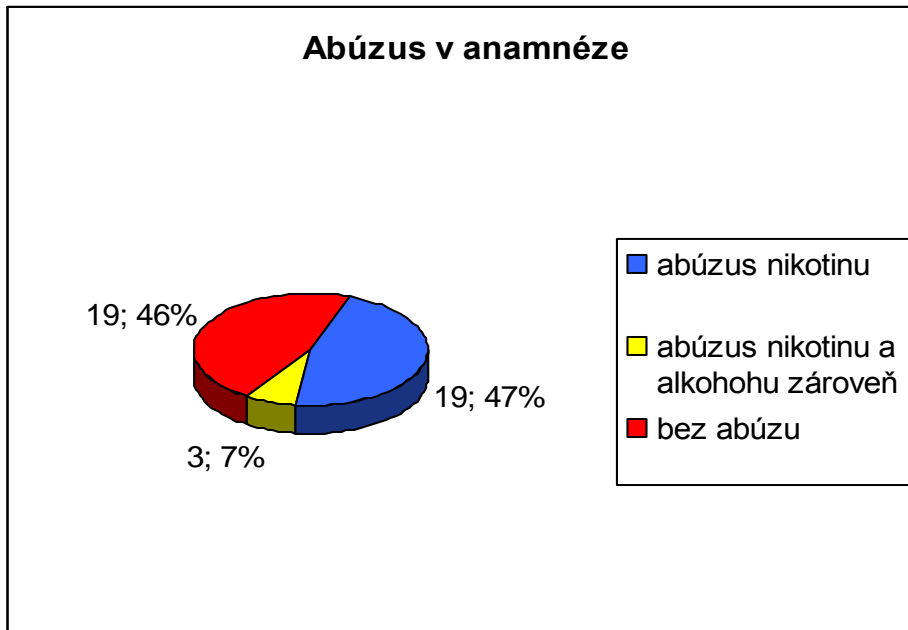
**Graf č. 3 se týká výskytu rizikových přidružených onemocnění (faktorů) pro vznik psychóz, delirií – čerpáno z příjmových protokolů pacientů.**

Graf č.3



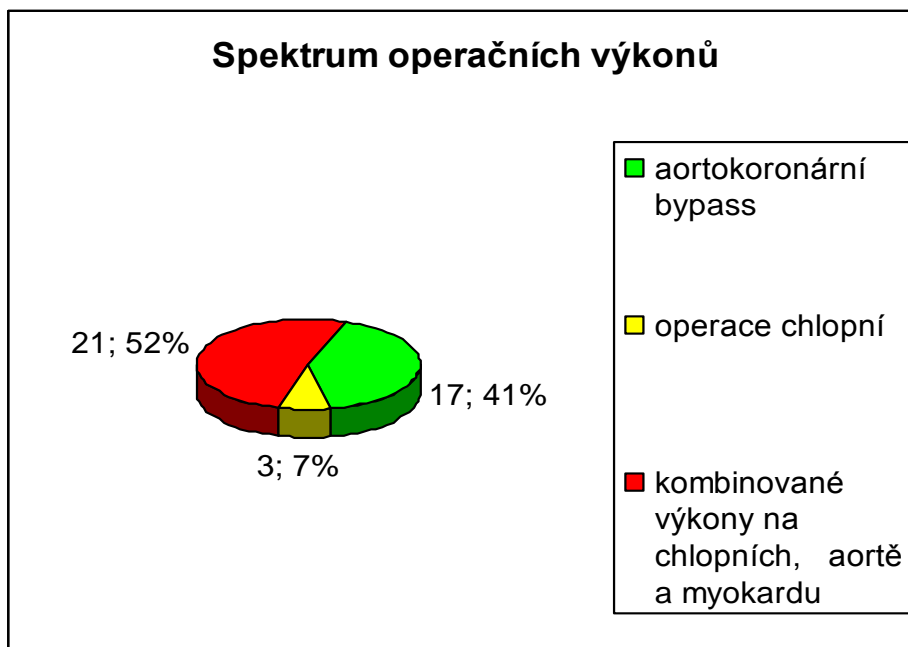
**Graf č. 4 se týká abúzu alkoholu a nikotinu v anamnéze pacientů - čerpáno z příjmových protokolů pacientů.**

Graf č.4



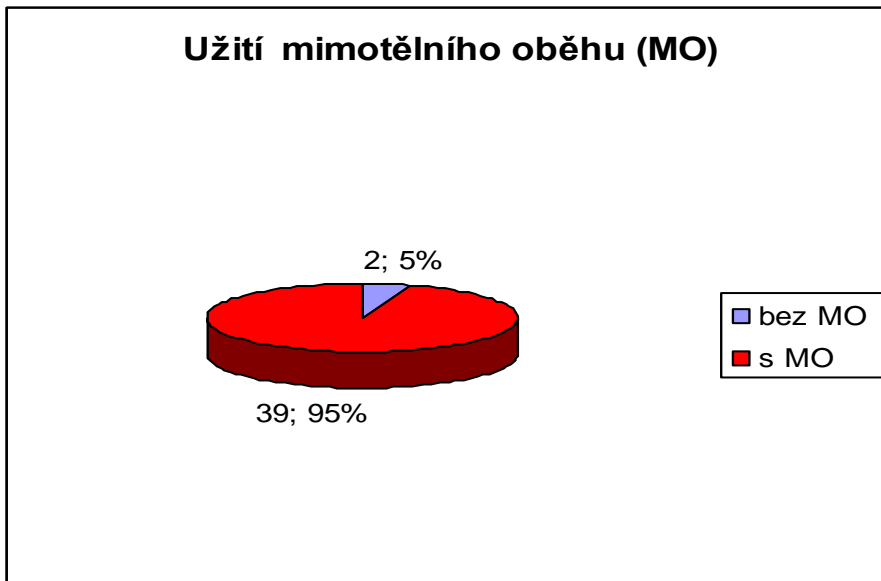
**Graf č.5 znázorňuje spektrum operačních výkonů u sledovaných pacientů.**

Graf č. 5



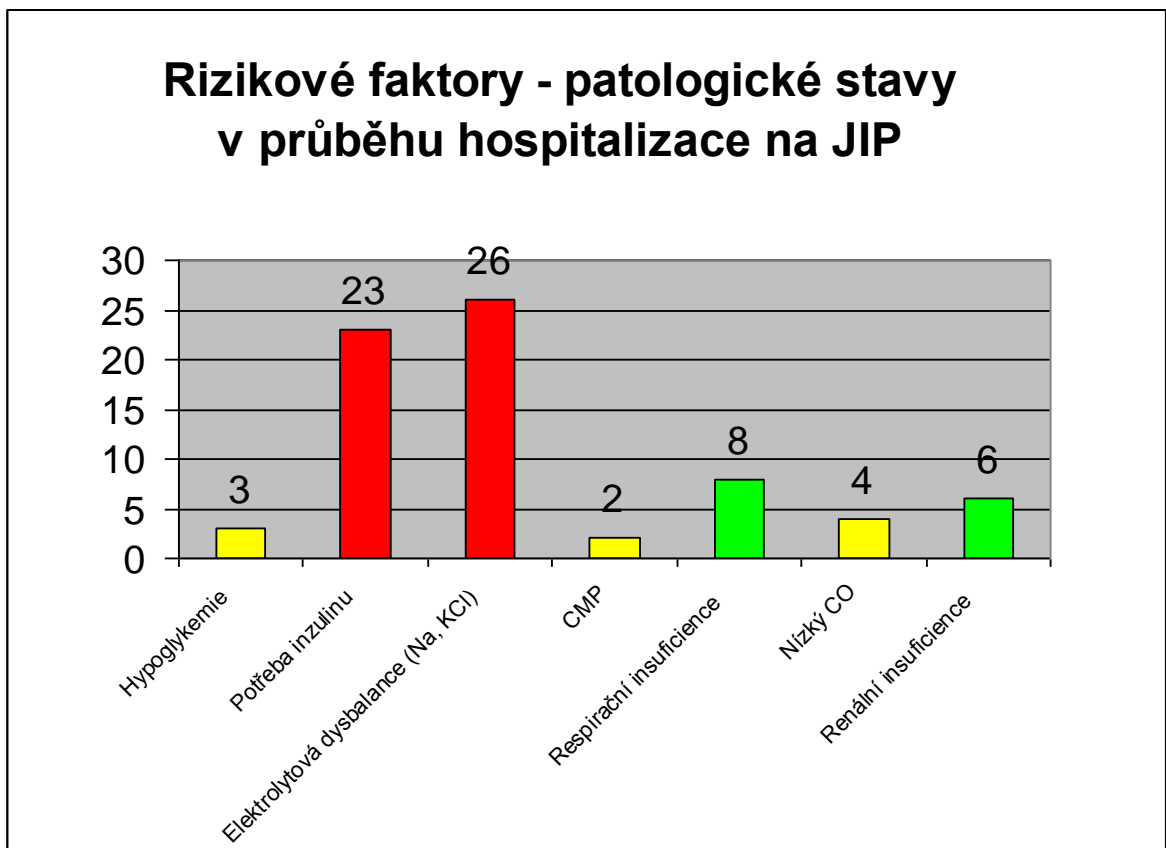
. Graf č.6 se týká použití mimotělního oběhu v průběhu operací pacientů

Graf č. 6



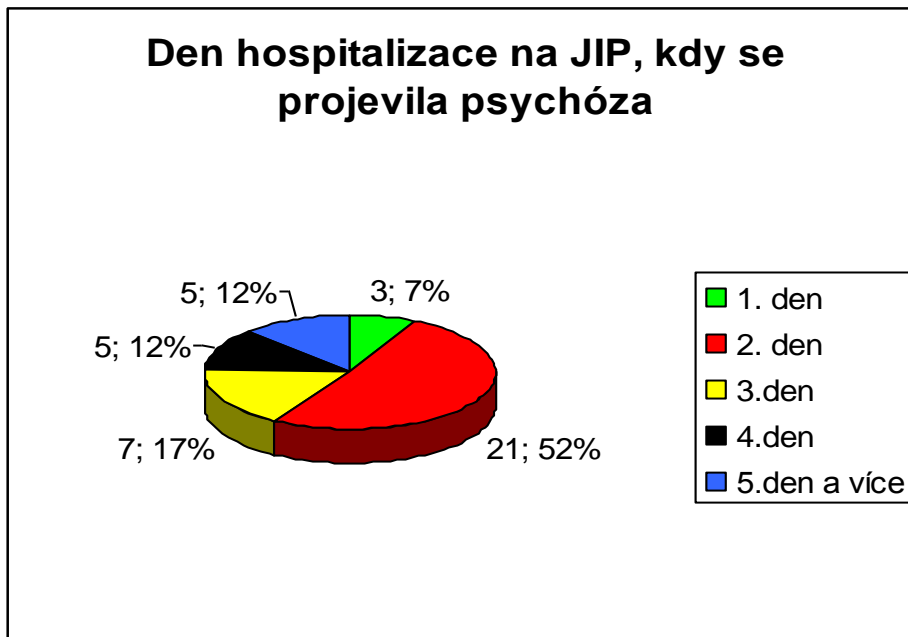
Graf č.7 uvádí rizikové faktory - patologické stavy, které nastaly u sledovaných pacientů v průběhu hospitalizace na JIP mohly mít vliv vznik psychóz.

Graf č.7



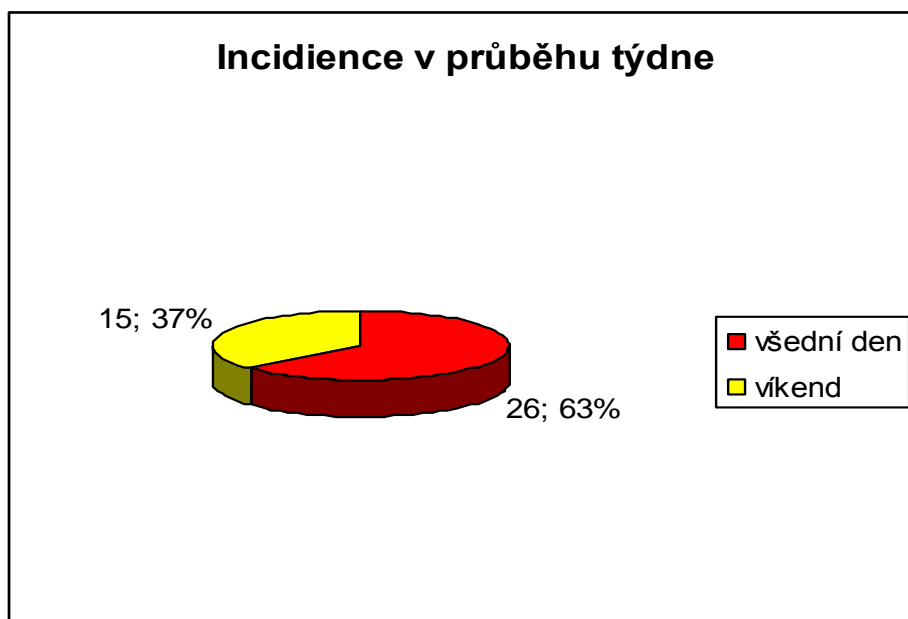
Graf č.8 popisuje kolikátý den hospitalizace na JIP došlo k rozvoji psychózy ( deliria). 1. den hospitalizace u všech pacientů odpovídá 0. pooperačnímu dni, 2. den hospitalizace odpovídá 1. pooperačnímu dni, atd.

Graf č. 8



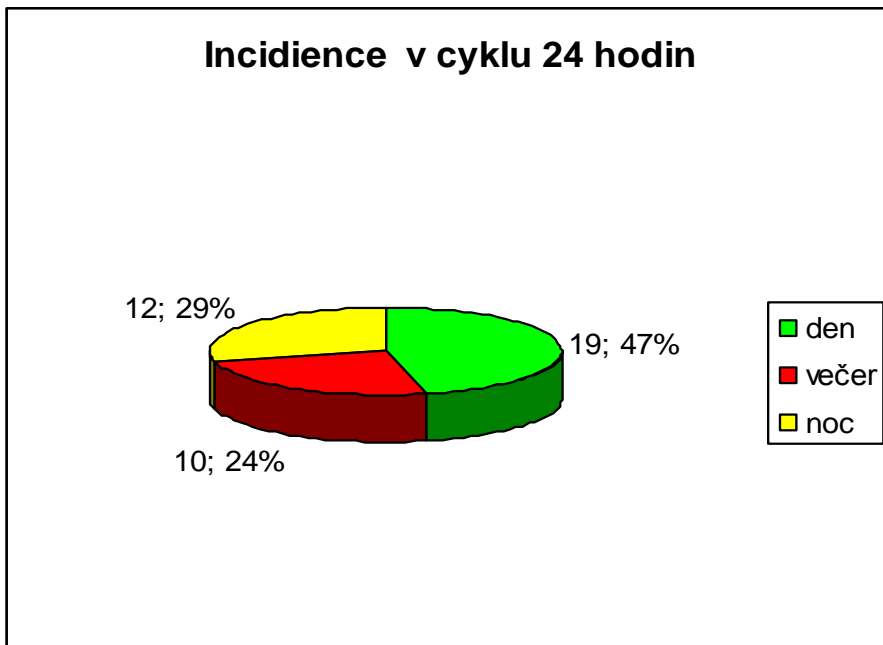
Části týdne, při kterých docházelo k rozvoji psychózy popisuje graf č. 9.

Graf č. 9



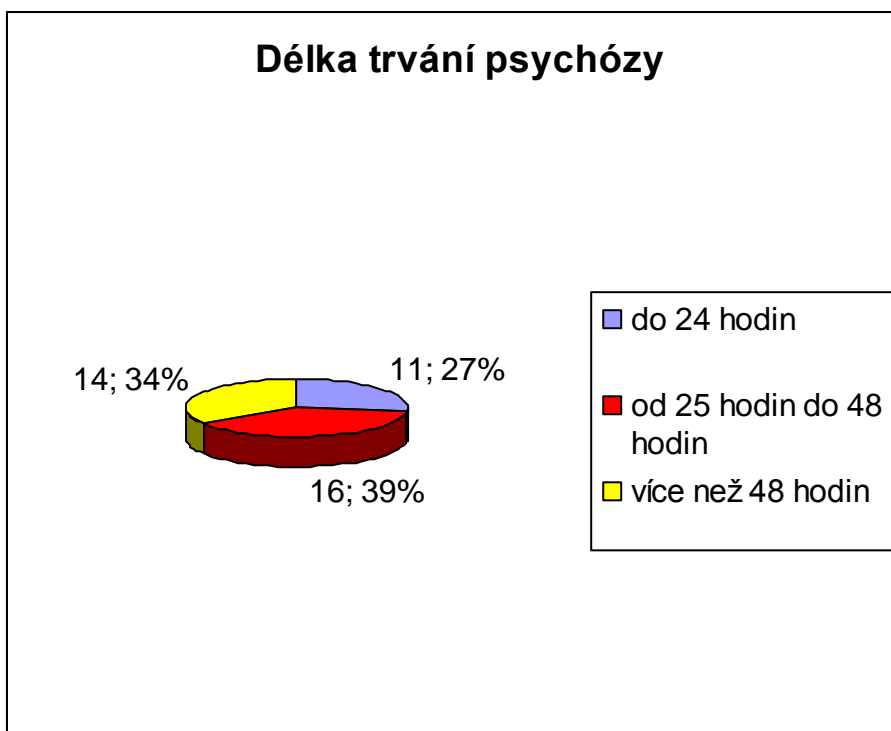
Graf č. 10 znázorňuje části dne, při kterých docházelo k rozvoji psychóz.

Graf č. 10



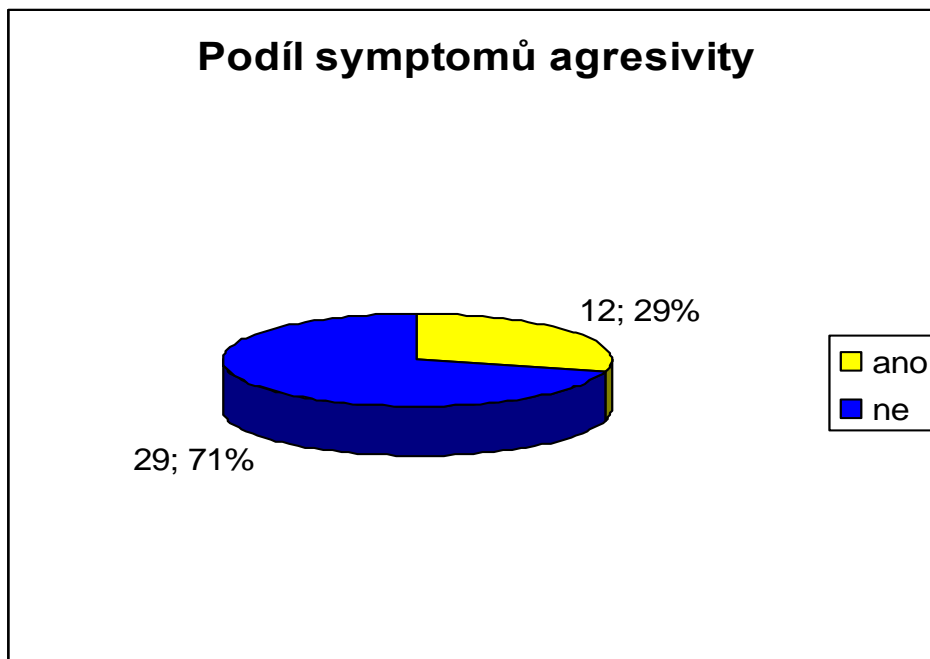
Délku trvání psychóz u jednotlivých pacientů popisuje graf č. 11.

Graf č.11



**Graf č. 12 popisuje množství pacientů s projevy agresivity.**

Graf č. 12



**Nutnost použití omezovacích prostředků -kurtování- (zahrnuje fixaci horních nebo dolních končetin, popř. horních i dolních končetin zároveň) popisuje graf č.13.**

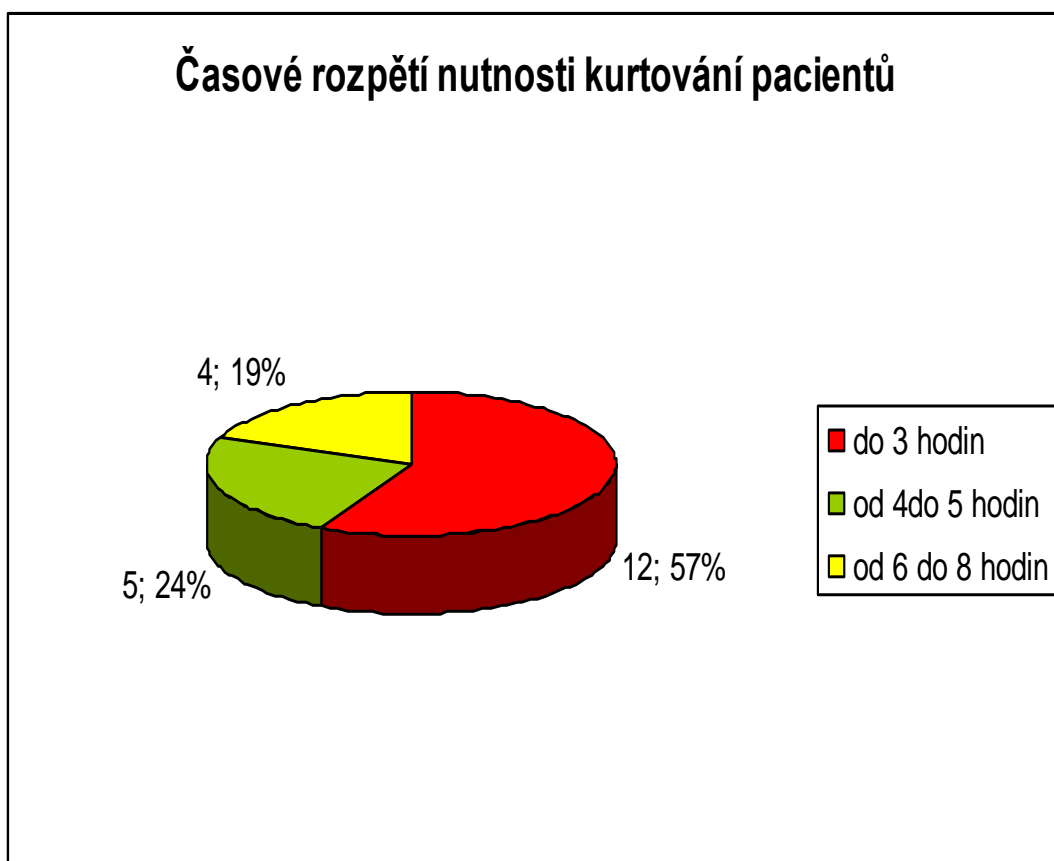
Graf č. 13





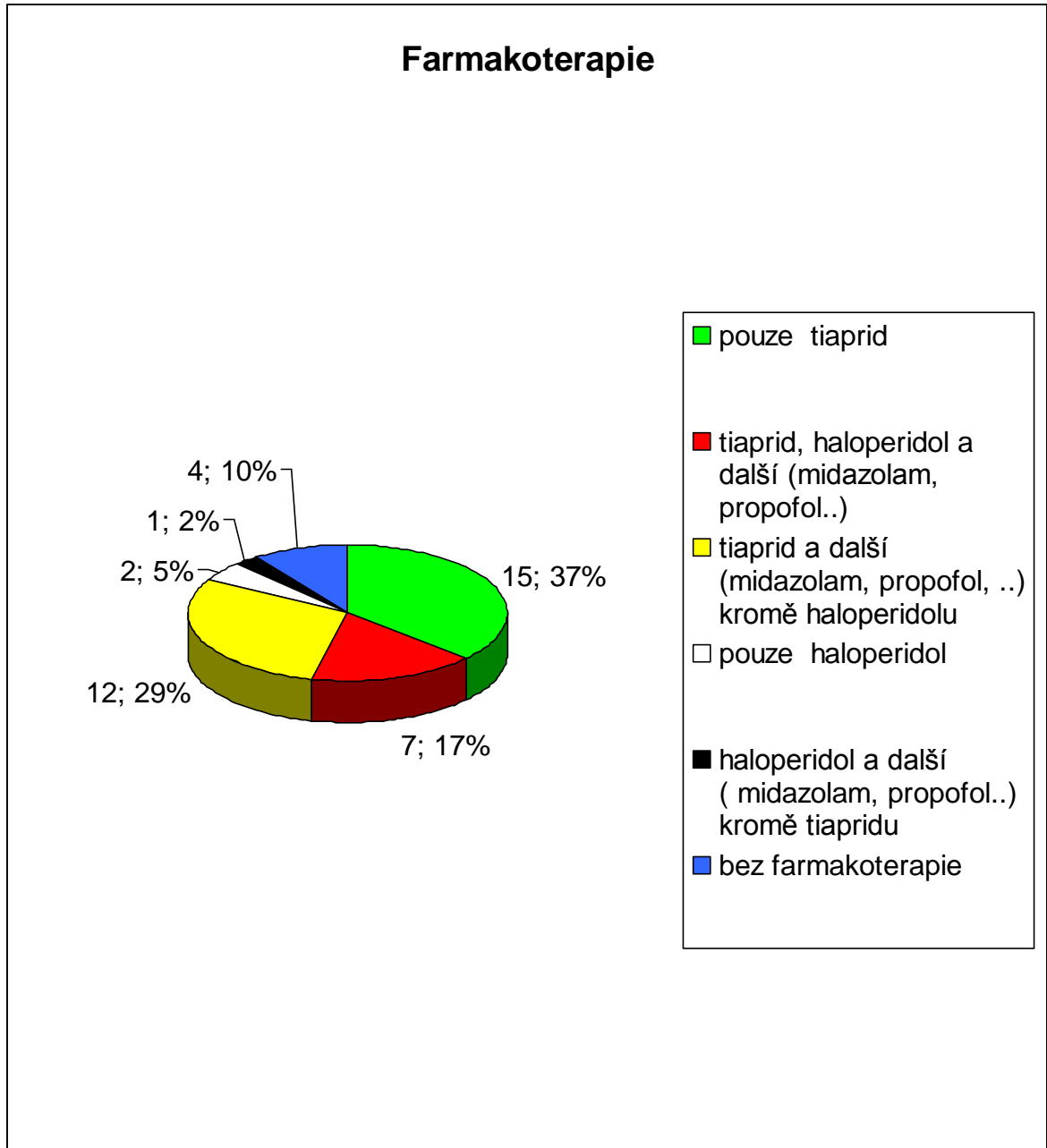
**Graf č. 14 znázorňuje časové rozpětí (délku) kurtování jednotlivých pacientů v rozmezí hodin.**

Graf č.14



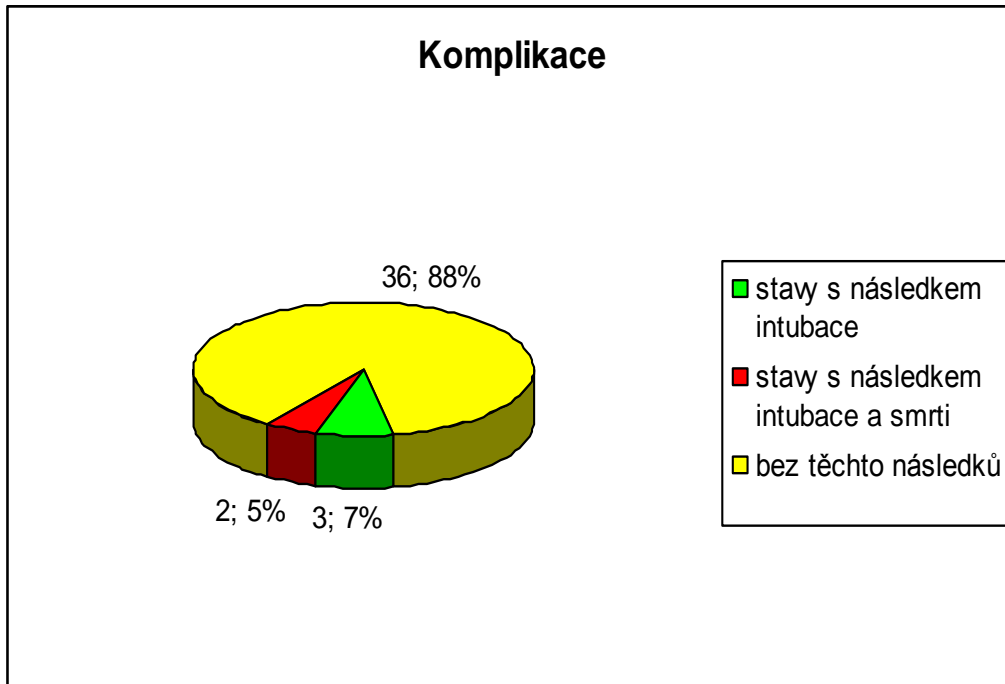
Způsob léčby znázorňuje graf č.15. Farmakologická léčba psychózy byla u pacientů nejčastěji zajištěna tiapridem, haloperidolem, pod slovo další je zahrnut: propofol, midazolam, olanzapin, alprazolam, bromazepam a citalopram.

Grafč.15



**Graf č.16 znázorňuje množství pacientů u nichž se psychóza manifestovala před stavy, které vyústily v endotracheální intubaci (a umělou plicní ventilaci) a případně skončili letálně.**

Graf č.16



- *U všech sledovaných pacientů, byly v premedikaci použity benzodiazepiny, proto není tato skutečnost vyjádřena pomocí grafu.*
- *Z důvodu nedostatečně vyplněných informací o návštěvách pacientů ve výzkumných protokolech nebyly tyto údaje zpracovány.*

## 11. Diskuse

Hlavními zjištěními studie, které se týkají výzkumného vzorku, se zdají být věk pacientů, užití mimotělního oběhu a spektrum operačních výkonů. Nejčastěji docházelo k rozvoji psychózy u pacientů ve věkovém rozmezí *od sedmdesáti let výše - celkem 35 pacientů (85%)*. *V mimotělním oběhu bylo operováno 37 pacientů (90%)*. Z operačních výkonů jsou nejvíce zastoupeny *kombinované výkony na chlopních a myokardu 21 pacientů- 52%*, což pravděpodobně souvisí s délkou anestezie a mimotělního oběhu .

Dále bylo z významných faktorů zjištěno, že *celkem 22 pacientů ( 54%) mělo v anamnéze uveden abúzus - z toho 19 pacientů (47%) na nikotin a 3 pacienti (7%) na nikotin a alkohol*. Z přidružených chorob před hospitalizací byl nejčastější *DM u 14 pacientů, renální insuficience u 9 pacientů, stav po CMP u 8 pacientů a užívání psychofarmak u 8 pacientů*.

Z rizikových faktorů v průběhu hospitalizace na JIP se nejčastěji vyskytovaly *elektrolytová dysbalance u 26 pacientů a potřeba inzulinu (hyperglykémie) u 23 pacientů, nejméně u 2 pacientů byla diagnostikována CMP a hypoglykémie u 3 pacientů*.

*Psychóza se nejčastěji rozvinula 2. den hospitalizace na JIP celkem u 21 pacientů ( 52%)*. Nejčastěji k rozvoji docházelo ve všední dny - 26 pacientů (63%), přes den 19 pacientů - 47%. *Délka trvání psychózy byla nejčastěji od 25- 48 hodin u 16 pacientů (39%)*. Projevy agresivity byly zjištěny u 12 pacientů (29%). *Kurtováno muselo být 21 pacientů ( 51%)*, z toho nejčastěji v délce do 3 hodin 12 pacientů (57%).

*Důležitým zjištěním bylo, že u všech sledovaných pacientů bylo v premedikaci použito benzodiazepinů !*

Farmakoterapie byla nejčastěji zajištěna tiapridem u 15 pacientů ( 37%).

*Manifestace psychózy u stavů s následkem intubace nastala u 3 pacientů(7%), u 2 pacientů (5%)se psychóza manifestovala u stavu následkem intubace a letálním koncem*.

Výsledky studie byly jistě ovlivněny spektrem pacientů zařazených do operačních programů daných pracovišť v období kdy jsem měla možnost provádět svůj výzkum.

## 12. ZÁVĚR

Záměrem této bakalářské práce bylo zmapování možných faktorů ovlivňujících vznik, průběh psychóz a deliriantních stavů na kardiochirurgických jednotkách intenzivní péče, popis jevů, které tyto stavy provázely a jejich léčbu.

Teoretická část popisuje problematiku psychóz v kardiochirurgické intenzivní péči, rozpracována je zde klasifikace, diagnostika, patofyziologie, etiologie, léčba a ošetrovatelská péče.

V empirické části jsou popsána kritéria pro zařazení pacientů do studie, metodika vlastního šetření. V grafech jsou uvedeny jednotlivé jevy a fakta zjištěná na sledovaném vzorku pacientů ze tří pražských kardiochirurgických pracovišť.

Z popisu výsledků zjištěných u sledovaného souboru nemocných a poznatků odborné literatury lze vyvozovat, že pacienti s rizikem výskytu pooperačního delíria mohou být vytipováni již předoperačně podle jejich komorbidit. Pro sesterskou praxi z toho vyplývá volba specifických přístupů k jejich sledování a ošetřování v zájmu prevence výskytu těchto nežádoucích stavů.

Tato zjištění mě vedla k otázce, zda je nutné vytvořit praktický a univerzální skórovací systém, který by mohly využívat sestry u lůžka již v předoperačním období? Myslím si, že by bylo také vhodné vytvoření obecně použitelného skórovacího systému k posuzování psychického a tělesného stavu pacienta s omezením v lůžku, v zájmu prevence možných komplikací. Podle ověření jeho použitelnosti navrhnout možnost jeho zařazení do standardních postupů ošetrovatelské péče o tyto nemocné.

## SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. ADAMS, B.- HAROLD, C.E. *Sestra a akutní stavy od A do Z*. Přel. Ivana Suchardová. 1.vydání. Praha: Grada, 2000. ISBN 80-7169-893-8
2. BRTKO, Miroslav. Tiapridal v léčbě amentních stavů po kardiochirurgické operaci. *Anesteziologie a neodkladná medicína*. 2002, roč. 13 , č. 6, s.292-294, ISSN 1214- 2158
3. DOEGENS, Marylin, E - MOORHOUSE, Mary, Frances. *Kapesní průvodce zdravotní sestry: Druhé přepracované a rozšířené vydání*. Přel. Ivana Suchardová. 2. vydání. Praha: Grada, 2001. ISBN 80-247-0242-8
4. DOMINIK, Jan. *Kardiochirurgie*.1. vydání. Praha: Grada, 1998. ISBN 80-7169-669-2
5. HORÁČEK, Jiří, et al. *Psychotické stavy v klinické praxi*. 1 vydání. Praha: Academia medica pragensis, 2003.ISBN 80-86694-01-1
6. JAROŠOVÁ, Darja. *Teorie moderního ošetrovatelství*.1 vydání. Praha: ISV nakladatelství, 2000. ISBN 80-85866-55-2
7. KOLOUCH, Petr. *Delirantní stavy na ICU*. 5/2004
8. KOZIEROVÁ,Barbara – ERBOVÁ, Glenora -OLIVERIOVÁ,Rita.*Ošetrovatelstvo I*. 1. vydání. Martin: Osveta, 1995. ISBN 80-217-0528-0
9. MARKOVÁ, Eva – VENGLÁŘOVÁ, Martina – BABIAKOVÁ, Mira. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. 1. vydání. Praha: Grada, 2006. ISBN 80- 2471151-6
10. MASTILIAKOVÁ, Dagmar. *Úvod do ošetrovatelství: 1.díl, Systémový přístup*.1. vydání. Praha: Karolinum, 2002. ISBN 80-246-0429-9
11. MASTILIAKOVÁ, Dagmar. *Úvod do ošetrovatelství: 2.díl, Systémový přístup*.1. vydání. Praha: Karolinum, 2002. 80-246-0428-0
12. STAŇKOVÁ, Marta. *Hodnotící a měřící techniky v ošetrovatelské praxi*. 1.vydání. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, 2004. ISBN 80-7013-323-6
13. Tým pro tvorbu ošetrovatelských standardů. *Standardní postup ošetrovatelské péče: Péče o neklidné pacienty*, 1 vydání, Praha: Nemocnice Na Homolce, 2006-1-26. POP NNH-11/1
14. VÁGNEROVÁ, J.*Psychopatologie pro pomáhající profese: variabilita a patologie lidské psychiky*. 3. vydání. Praha: Portál, 1998. ISBN 80-7178-6780
15. VANĚK, Ivan, et al. *Kardiovaskulární chirurgie*.1 vydání. Praha: Karolinum,2002. ISBN 80-246-0523-6

16. VANĚK, Tomáš- PETR, Michal- STRAKA, Zbyněk. ICU Psychóza na pooperační JIP v kardiologii. *Anesteziologie a neodkladná péče*.1998. roč. 9,č.3, s.130-132. ISSN 0862-4968

## SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

1. **ACHEI** - inhibitory acetylcholinesterázy
2. **ARO** – anesteziologicko resuscitační oddělení
3. **ATN** – akutní tubulární nekróza
4. **CO** – srdeční výdej
5. **CMP** - cévní mozková příhoda
6. **CVK** – centrální venózní katétr
7. **CVP** – centrální venózní tlak
8. **CT** – počítačová tomografie
9. **DM** - diabetes mellitus
10. **EKG** -elektrokardiogram
11. **FNKV** -Fakultní nemocnice Královské Vinohrady
12. **HIV** - virus lidské imunodeficiency
13. **CHŽI** - chronická žilní insuficience
14. **ICU** - jednotka intenzivní péče
15. **ICHDK** – ischemická choroba dolních končetin
16. **ICHS** – ischemická choroba srdeční
17. **JCI** – Joint Commission International
18. **JIMP** – jednotka intermediární péče
19. **JIP** - jednotka intenzivní péče
20. **MR** – magnetická resonance
21. **NGS**- nasogastrická sonda
22. **OD** – ošetrovatelská diagnóza
23. **PMK** – permanentní močový katétr
24. **SAK** - Spojná akreditační komise
25. **SIP** – semiintenzivní péče
26. **SSRI** – inhibitory zpětného vychytávání serotoninu
27. **TK** – tlak krve
28. **VFN** - Všeobecná fakultní nemocnice



## SEZNAM PŘÍLOH

**Příloha č. 1** Výzkumný protokol

**Příloha č. 2** Standardní postup ošetrovatelské péče – Péče o neklidné pacienty,  
Nemocnice Na Homolce

## **PŘÍLOHY**

## Příloha č. 1

*Vážené kolegyně a kolegové,  
dovoluji si Vás požádat o spolupráci při vyplnění tohoto formuláře, který se týká deliriantních stavů v intenzivní péči a je součástí mé závěrečné bakalářské práce. Předem děkuji. Regína Jiráková, studentka 4. ročníku ošetřovatelství UK LF v Hradci Králové.*

**Zde prosím nalepte identifikační štítek pacienta :**

***Dále prosím vyplňte pouze prostřední část formuláře v rámečku***

**Pacient přijat z :** - domova - jiného odd. - domova důchodců - jiného ZZ

**Přijat:** -při vědomí - v bezvědomí

**Operační výkon:** - plánovaný - akutní

**Dg hlavní :**

**Dg vedlejší:** -DM -RI -stav po CMP -deprese -demence -epilepsie  
-chronická bolest

**Abusus:** -nikotin -alkohol

**Užívání psychofarmak:** -ano -ne

**Anestezie: Premedikace:**

**MO:** -ne -ano

-benzodiazepiny

**V průběhu hospitalizace:** -hypoglykémie - hyperglykémie -elektrolytová dysbalance  
-infekce s hyperpyrexíí -CMP -NBP -renální insuficience  
-jaterní léze -respirační insuficience -nízký CO

***Okolnosti vzniku a trvání deliriantního stavu (psychózy)***

**Kolikátý den hospitalizace na JIP :**

**Víkend :** -ano -ne -den -večer -noc

**Délka trvání:**

**Projevy agresivity:** -ano -ne

**Nutnost použití omezovacích prostředků:** kurty -ano -ne


**Byla u pacienta návštěva ?** -ano -ne

**Nastalo po návštěvě zlepšení psychického stavu ?** -ano -ne

**Terapie:**

**Nutnost intubace:** -ano -ne

**Příloha č. 2**

 <b>Standardní postup ošetrovatelské péče</b>	Nemocnice Na Homolce Roentgenova 2 150 30 Praha 5
<b>Název: Péče o neklidné pacienty</b>	<b>POP NNH – 11/1</b>

Vypracoval:	Tým pro tvorbu ošetrovatelských standardů	Podpis:	
Schválil:	L. Budská, hlavní sestra NNH	Podpis:	
Garant dokumentu:	Helena Kasslová	Podpis:	
Platnost od:	26. 1. 2006	Účinnost od:	1. 2. 2006
Verze:	1	Počet stran:	5

**Seznam revizí**

Datum revize	Závěr revize	Datum příští revize	Schválení revize

## Úvod

### Účel

Zajistit bezpečnost zmateného a neklidného pacienta.

### **Definice, terminologie a zkratky**

Možné příčiny neklidu :

- věk pacienta
- cizí prostředí
- metabolické poruchy (glykemie, minerály, acidobazická rovnováha)
- následné hypoxie mozku (šok, porucha respirace, pokles tlaku ...)
- abusus alkoholu, psychotropních látek

Zkratky:

JIMP – jednotka intermedialní péče

SIP – semiintenzivní péče

JIP – jednotka intenzivní péče

DM – diabetes mellitus

ICHDK – ischemická choroba dolních končetin

ICHS – ischemická choroba srdeční

CHŽI – chronická žilní insuficience

## Postup

### **Podrobný postup**

- při projevech neklidu pacienta zjistit příčiny jeho chování a informovat lékaře
- umístěte pacienta na pokoji co nejbližší ošetřujícímu personálu
- nenechávejte pacienta bez dohledu
- z okolí lůžka odstraňte všechny nebezpečné předměty (ostré, skleněné)
- zajistěte okna a dveře balkonu
- naslouchejte, komunikujte
- pokud není možno zajistit zvýšenou péči o neklidného pacienta na standardním oddělení, může doporučit ošetřující lékař překlad na jednotky JIMP, SIP, JIP
- podávání léků dle ordinace lékaře
- použití omezovacích prostředků v případě, že pacient ohrožuje sebe nebo okolí

- vše zaznamenejte do dokumentace pacienta

## **Imobilizace použitím omezovacích prostředků**

Jedná se o krátkodobé omezení (pohybu) pacienta v lůžku za použití popruhů na horních a/ nebo dolních končetinách, popřípadě břišního pásu. Dále se jedná o aplikaci psychofarmak bez souhlasu nemocného.

### **Důvod**

Omezovací prostředky lze použít výjimečně a pouze v případě, kdy pacient svým jednáním ohrožuje sebe anebo své okolí.

Důvodem nesmí být usnadnění péče či pouhý neklid pacienta.

Nejčastější psychické poruchy vedoucí k omezení pacienta: agitovanost afektogenní (psychogenní), delirantní (psychotické, toxické) anebo organická (demence, mentální retardace).

Aplikace omezovacích prostředků je omezená na dobu nezbytně nutnou (do ukončení aktuálního ohrožujícího jednání pacienta). Vždy je doprovázena účinnou antipsychotickou medikací.

### **Edukace**

Pacienta s ohledem na jeho zdravotní stav srozumitelně poučte o důvodech, povaze a délce trvání použitých omezovacích opatření. I dodatečně je nutné s pacientem užití omezovacích prostředků prodiskutovat a vysvětlit. Seznamte ho s možností signalizace zdravotnickým pracovníkům k uspokojení jeho potřeb.

### **Pomůcky**

Funkční kurty, popruhy, pásy, antidekubitární pomůcky.

### **Postup**

ošetřující lékař rozhodne o užití omezovacích prostředků, provede záznam do dekurzu.

Zapiše důvod a druh omezení, čas zahájení omezení, eventuálně individuální pokyny.

k použití omezovacích postupů může zdravotní sestra přistoupit k omezení pacienta bez předchozí ordinace lékaře pouze ve výjimečných případech. Lékař však musí být neprodleně informován, aby mohl v co nejkratším termínu potvrdit odůvodněnost omezení nebo navrhnout jiný postup.

při použití omezovacích prostředků řádně vypodložte popruhy, vhodně napolohujte lůžko postupně upravte jednotlivé končetiny pacienta tak, aby bylo omezení účelné a co nejméně nepohodlné

pravidelně kontrolujte vitální funkce, pokud lékař neurčí jinak ā 1 hodina

pravidelně ā 30 minut kontrolujte přiložení a vypodložení popruhů, uvolňujte promasírujte fixované končetiny a kontrolujte jejich prokrvení

dbejte na prevenci dekubitů, zejména při déletrvajícím omezení nebo u pacientů se somatickými komplikacemi (DM, ICHDK, ICHS, CHŽI, infekce) – vypodložte riziková místa, používejte antidekubitární pomůcky a pečujte o pokožku pacienta

pokud by došlo k porušení integrity kůže (např. oděrky pod popruhy) nebo změnám prokrvení, proveďte nápravné úkony, ohlaste skutečnost lékaři a proveďte záznam do ošetrovatelské dokumentace  
pečujte o hydrataci (dle tekutinové bilance a požadované diurézy ordinované lékařem) a příjem potravy  
sledujte vylučování moče a stolice  
pečujte o stav dýchacích cest (např. prevence aspirace, stagnace hlenu apod.)  
pečujte o hygienu pacienta (neopomeňte péči o dutinu ústní a vlasy , apod.), dle potřeby výměna osobního a ložního prádla, úprava lůžka, zajistěte pacientovi tepelný komfort při jednání s příbuznými buďte citliví a vysvětlete okolnosti omezení pacienta

## **Dokumentace**

Rozhodnutí lékaře zaznamenané v dekurzu – důvod opatření (popis stavu), záznam o předchozí antipsychotické terapii, zahájení a podpis lékaře

Výsledky průběžného sledování se zhodnocením stavu pacienta (změny duševního a tělesného stavu) zapisuje ošetřující lékař do dekurzu.

Prováděné ošetrovatelské intervence zapisuje sestra do ošetrovatelské dokumentace, návštěvy u pacienta.

Čas ukončení omezení, popsání stavu pacienta při ukončení omezení, podpis lékaře/sestry  
Je-li nutné, aby omezení trvalo déle než 24 hodin, nebo nepodaří-li se do 24 hodin získat souhlas pac., je nutno hlásit příslušnému soudu.

## **Komplikace**

Porušení integrity kůže, hematomy, přerušování cirkulace krve v zafixovaných částech těla, změna stavu vědomí, dehydratace

Podklady:

Baudiš P., Kališová L., Kitzlerová E., Petr T., Mikláš T.: Vodička, postupy a pravidla psychiatrické péče – Omezovací prostředky. Projekt guidelines 2006

Metodické opatření ministerstva zdravotnictví k používání omezovacích prostředků u pacientů v zařízeních České republiky

## RESUMÉ

*Psychózy a deliriantní stavy na jednotkách intenzivní péče - v kardiochirurgii z pohledu ošetrovatelské profese*

*ICU psychoses and delirium in cardiosurgical post-op ICU with the point of nurse*

Tato bakalářská práce se sesterským pohledem se zaměřuje na problematiku pacientů, u kterých došlo k rozvoji psychózy, deliriantního stavu v průběhu hospitalizace na kardiochirurgických jednotkách intenzivní péče.

V části teoretické jsou obecně popsány definice, patofyziologie a diagnostika psychóz, jejich symptomatologie a etiologie. Dále je zde uvedena monitorace pacientů s psychózami, farmakologická prevence a léčba těchto stavů. Podrobněji je rozpracována ošetrovatelská péče, důraz je kladen na hlavní zásady péče, prevenci komplikací a zajištění kvality ošetrovatelské péče o tyto pacienty.

Část empirická popisuje sledovaná fakta a jevy získaná pomocí údajů z dokumentace pacientů a vlastním pozorováním chování pacientů. Většina výsledků je zaznamenána pomocí grafů popisujících jednotlivé jevy.

This graduation thesis is aimed on the problem of patients with the development of ICU psychoses, delirium during hospitalization in cardio surgery ICU with the point of nurse care.

In the part of theory there are descriptions of general definitions, pathophysiology, and diagnosis of mental disorders, their symptomatology and etiology. As well there is mentioned monitoring of these patients, pharmacology prevention and the treatment of these cases. In more detail the nursing is described, the interest is aimed on the basis of nursing, on the prevention of complications and establishment of the quality of nursing.

In the part of clinical practice there is the description of real clinical data and symptoms acquired from medical documentation and from own clinical practise. The majority of results is presented in graphs describing each parameters.







