

Ošetrovatelská péče o pacienty s Delirium tremens

Adéla Krahulová

Bakalářská práce
2024



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií
Ústav zdravotnických věd

Akademický rok: 2023/2024

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: Adéla Krahulová
Osobní číslo: H20160
Studijní program: B0913P360015 Všeobecné ošetřovatelství
Forma studia: Prezenční
Téma práce: Ošetřovatelská péče o pacienty s Delirium tremens

Zásady pro vypracování

Rešerše literatury.
Vymezení pojmů a teoretických východisek v oblasti ošetřovatelské péče o pacienty s Delirium tremens.
Příprava metodiky kvalitativního výzkumu.
Formulace kritérií pro výběr participantů.
Realizace kvalitativního výzkumu designem kazuistiky.
Zpracování, vyhodnocení a interpretace získaných informací.
Prezentace výsledků výzkumu, jejich shrnutí a návrh doporučení pro praxi.

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

Seznam doporučené literatury:

DREISIG, M. a T. KAŠPÁREK. *Společně na cestě k moderní psychiatrii*. Brno: Tribun EU, 2011. 286 s. ISBN 978-80-263-0039-7.
FULÍK, J., P. HORÁK, P. PICMAUSOVÁ a kol. Delirantní stavy na chirurgické JIP – kazuistika. *Rozhledy v chirurgii*, 2021, roč. 100, č. 10, s. 497-501. ISSN 0035-9351. DOI: 10.33699/PIS.2021.100.10.%25p.
HRNČIAROVÁ, J. *Závislost na návykových látkách*. 2. vyd. Praha: Karolinum, 2021. 632 s. ISBN 978-80-246-5088-3.
MULKEY, M. A. & D. W. OLSON. Delirium Tremens in the Older Adult. *Journal of Neuroscience Nursing* [online], 2020, vol. 52, no. 6, pp. 316-321 [cit. 2023-10-31]. DOI: 10.1097/JNN.0000000000000543.
NEŠPOR, K., L. CSÉMY a B. NECHANSKÁ. Regionální rozdíly v incidenci deliria tremens v Česku a jeho léčba. *Alkoholismus a drogové závislosti*, 2015, roč. 50, č. 2, s. 55-64. ISSN 0862-0350.

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Jitka Hüsková, Ph.D.**
Ústav zdravotnických věd

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

Mgr. Libor Marek, Ph.D.
děkan



Mgr. Věra Vránová, Ph.D.
ředitelka ústavu

Ve Zlíně dne 9. ledna 2024

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby ¹⁾;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 ²⁾;
- podle § 60 ³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 ³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně 5.5.2024

.....

1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:

(1) Vysoká škola nevydělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) *Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlížení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.*

(3) *Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.*

2) *zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:*

(3) *Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacího zařízení (školní dílo).*

3) *zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:*

(1) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.*

3). *Odpírá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.*

(2) *Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užít či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.*

(3) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jím dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlédne k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.*

ABSTRAKT

Tato bakalářská práce pojednává o ošetrovatelské péči o pacienty s delirium tremens. Cílem práce je shrnout teoretické informace o delirium tremens a porovnat dostupné české i cizojazyčné studie, které popisují nejefektivnější přístup v ošetrovatelské praxi u těchto pacientů. K řešení byla použita kvalitativní metoda pěti kazuistik. Porovnáním výsledků z kazuistik bylo zjištěno, že existuje jen velmi málo podobně sestavených prací, které by podrobně hodnotily ošetrovatelské problémy, soběstačnost v aktivitách denního života, kognitivní funkce nebo zaznamenávalo bilanci tekutin. Z provedeného průzkumného šetření vyplynulo, že vývoj výsledku Barthel Index má vliv na výsledky úroveň kognice.

Klíčová slova: delirium tremens, kognitivní funkce, Mini-Mental State Examination, Barthel Index, bilance tekutin, závislí na alkoholu

ABSTRACT

This bachelor thesis deals with the nursing care of patients with delirium tremens. The aim of the thesis is to summarize theoretical information about delirium tremens and to compare available Czech and foreign language studies that describe the most effective approach in nursing practice for these patients. A qualitative method of five case studies was used. By comparing the results from the case studies, it was found that there are very few similarly constructed studies that assess in detail nursing problems, self-sufficiency in activities of daily living, cognitive function or record fluid balance. From the survey investigation conducted, it was found that the development of the Barthel Index score has an impact on cognition level outcomes.

Keywords: delirium tremens, cognitive function, Mini-Mental State Examination, Barthel Index, fluid balance, alcohol dependence

Ráda bych tímto poděkovala vedoucí bakalářské práce Mgr. Jitce Hůskové, Ph.D. za odborné vedení, cenné rady a konzultace při psaní a tvorbě bakalářské práce. Poděkování patří všeobecným sestřím z interního oddělení, které mi byly nápomocné při sběru dat. Děkuji rodině, příteli a kamarádům, kteří mi byli oporou po celou dobu studia.

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

OBSAH

ÚVOD.....	10
I TEORETICKÁ ČÁST	11
1 DELIRIUM TREMENS.....	12
1.1 PATOFYZIOLOGICKÝ MECHANISMUS	12
1.2 KLINICKÝ OBRAZ A PRŮBĚH	13
1.2.1 Klinické příznaky	13
1.3 KOMPLIKACE.....	15
1.4 RIZIKOVÉ FAKTORY.....	15
1.5 DIAGNOSTIKA.....	16
1.5.1 Anamnéza.....	17
1.5.2 Mini-Mental State Examination	17
1.5.3 Barthelův test základních všedních činností ADL	18
1.5.4 Diferenciální diagnostika	20
1.5.5 Laboratorní diagnostika.....	21
1.6 LÉČBA	21
1.6.1 Nefarmakologická léčba.....	21
1.6.2 Farmakologická léčba	22
2 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O PACIENTY S DELIRIUM TREMENS.....	24
2.1 OŠETŘOVATELSKÉ INTERVENCE	24
II PRAKTICKÁ ČÁST	28
3 METODIKA VÝZKUMU	29
3.1 CÍLE PRÁCE.....	29
3.1.1 Dílčí cíle výzkumu.....	29
3.2 ORGANIZACE VÝZKUMU	29
3.2.1 Výběr participantů.....	30
4 KAZUISTIKA Č. 1	31
4.1 ANAMNÉZA	31
4.2 KATAMNÉZA.....	32
4.3 ZHODNOCENÍ KAZUISTIKY Č. 1	36
5 KAZUISTIKA Č. 2	37
5.1 ANAMNÉZA	37
5.2 KATAMNÉZA	38
5.3 ZHODNOCENÍ KAZUISTIKY Č. 2.....	42
6 KAZUISTIKA Č. 3	43
6.1 ANAMNÉZA	43

6.2	KATAMNÉZA	44
6.3	ZHODNOCENÍ KAZUISTIKY Č. 3	47
7	KAZUISTIKA Č. 4	48
7.1	ANAMNÉZA	48
7.2	KATAMNÉZA	49
7.3	ZHODNOCENÍ KAZUISTIKY Č. 4	53
	KAZUISTIKA Č. 5	54
7.4	ANAMNÉZA	54
7.5	KATAMNÉZA	55
7.6	ZHODNOCENÍ KAZUISTIKY Č. 5	59
	DISKUZE	60
	DOPORUČENÍ PRO PRAXI	65
	ZÁVĚR	66
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	68
	SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK	77
	SEZNAM TABULEK	80
	SEZNAM PŘÍLOH	81

ÚVOD

Tématem bakalářské práce je ošetrovatelská péče o pacienty s delirium tremens. Tuto problematiku jsem si vybrala z důvodu toho, že na odborných praxích na interním oddělení jsem se velmi často setkávala s pacienty, kteří mají lékařskou diagnózu F10.4 Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním alkoholu odvykací stav s deliriem. Téma práce je v dnešní době velmi aktuální, vzhledem k narůstajícímu počtu pacientů závislých na alkoholu, které se projevuje v delirium tremens.

Delirium tremens je charakterizováno jako život ohrožující stav, který má často dopad na soběstačnost pacienta v denních činnostech, ovlivňuje jeho chování a může být významným rizikem pro rozvoj demence. Ošetrovatelská péče by právě proto měla podporovat rozvíjení každodenních aktivit a měla by se zaměřit na kognitivní poruchy, hydrataci a výživu pacienta, prevenci rizika vzniku infekcí, zmírnění bolesti, spánek a zabránit imobilitě.

Tato bakalářská práce má ve svém úvodu za cíl shrnout teoretické informace o delirium tremens, zabývá se patofyziologickými mechanismy, klinickým obrazem a průběhem, diagnostikou a léčbou deliria tremens a zaměřuje se na komplikace s ním spojené a na hlavní rizikové faktory. V ošetrovatelské péči o pacienta s delirium tremens práce porovnává dostupné české i cizojazyčné studie, které popisují nejefektivnější přístup v ošetrovatelské praxi u těchto pacientů.

Praktická část byla zpracována kvalitativní metodou formou pěti kazuistik. V kazuistikách jsou popisováni pacienti s lékařskou diagnózou F10.4 Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním alkoholu odvykací stav s deliriem. Tito pacienti byli testováni za pomoci Mini-Mental State Examination a Barthel Index a byl zaznamenán příjem a výdej tekutin v prvním, třetím a pátém hospitalizačním dnu.

Cílem bakalářské práce bylo sledovat stanovená kritéria ošetrovatelské péče u pacientů s delirium tremens, zhodnotit v prvním, třetím a pátém hospitalizačním dnu evidované ošetrovatelské problémy, zhodnotit vývoj kognitivních funkcí za pomoci Mini-Mental State Examination a porovnat vývoj soběstačnosti dle Barthel Indexu a zaznamenat bilanci tekutin.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 DELIRIUM TREMENS

Delirium tremens (DT) je těžká forma abstinčního syndromu, charakterizována jako velmi silný odvykací stav, který je komplikovaný poruchou kvalitativního vědomí, narušení kognitivních funkcí a pozornosti. Jedná se o život ohrožující stav, který obvykle postihuje jedince, kteří usilovně a dlouhodobě konzumují alkohol a nečekaně přestanou anebo zřetelně omezí svou konzumaci alkoholu. Příznaky delirium tremens se nejčastěji rozvíjí za 24-72 hodin po posledním požití alkoholu a trvají průměrně čtyři dny (Grover a Ghosh, 2018; Pilch, 2011), ale mohou se rozvinout i sedm až deset dnů po vysazení alkoholu (Dreisig a Kašpárek 2013; Pecinovská, 2011).

Podle Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10) je delirium tremens klasifikováno pod kódem F10.4 jako: *„Akutní porucha vědomí a pozornosti, která se vyvíjí během několika hodin až dnů, charakterizovaná dezorientací, zmateností, halucinacemi a zvýšeným nervovým vzrušením, které může vést k agresivním reakcím na vnější podněty. Typicky se vyskytuje po přerušení nebo snížení konzumace alkoholu po dlouhém období nadměrného pití. Může být spojeno s epileptickými záchvaty“*.

Pecinovská (2011) uvádí, že DT je nejznámějším zástupcem ze skupiny delirií u pacientů se závislostí na alkoholu. Alkoholový abstinční syndrom lze podle závažnosti projevu rozdělit do tří stádií, a to abstinční syndrom po vysazení alkoholu, predelirantní syndrom a nejtěžší delirium tremens.

1.1 Patofyziologický mechanismus

Abstinční syndrom je důsledkem adaptace mozku na dlouhodobou přítomnost alkoholu v organismu. Odvykací stav při závislosti na alkoholu je výrazem nastolování nové rovnováhy organismu po vynechání nebo výrazném snížení dávky alkoholu, kdy převládne excitační neurotransmise nad inhibiční neurotransmisí (Dreisig a Kašpárek, 2013). Malcolm (2003) ve své práci uvádí, že patofyziologie u odvykacího stavu je opačná než u intoxikace. Intoxikace alkoholem posiluje funkci GABAergního systému, což vede ke zvýšené inhibiční neurotransmisí a k depresi centrální nervové soustavy (CNS). Naopak abstinence alkoholu se vyznačuje zvýšeným glutamatergickým působením a sníženou aktivitou kyseliny gamaaminomáselné (GABA), hlavního inhibičního neurotransmiteru v CNS, což vede ke zvýšení excitační neurotransmisí a hyperexcitabilitě mozku. Při neléčeném odvykání alkoholu se zvyšuje rychlost přenosu a nábor sousedních neuronů, v CNS stoupá hladina oxidačních volných radikálů, intracelulárního vápníku a peroxidáz.

V důsledku toho může dojít k poškození nebo smrti buněk, dochází k narušení funkce mozkového kmene a k poruše kortikálních a limbických funkcí. V klinickém obrazu se konzumace alkoholu projevuje jako změna v autonomním nervovém systému a CNS, což se projevuje jako hypertenze, tachykardie, nadměrné pocení, hypotermie, třes, motorická dyskoordinace, kognitivní poruchy, dysforie, úzkosti, nespavost, delirium, záchvaty a v 1 % i smrt jedince.

1.2 Klinický obraz a průběh

Dle Grover a Ghosh (2018) se na etiologii DT často podílí více rizikových faktorů. DT tak nemusí být vyvoláno pouze abstinencí alkoholu. Delirium může být způsobeno mnoha příčinami spočívajících v metabolických poruchách, infekčních onemocněních, může být vyvoláno užíváním drog nebo jejich vysazením, poraněním hlavy nebo úrazy. Je charakterizováno rychlým nástupem a kolísavým průběhem poruch úrovně vědomí, kognice, psychomotorické aktivity a cyklu spánku-bdění. Odvykání alkoholu se skládá z několika odlišných příznaků, jako jsou např. třes rukou, nevolnost, přechodné halucinace a generalizovaný záchvat. DT je klinický stav, který zahrnuje výše uvedené příznaky deliria i odvykání alkoholu.

K neplánované abstinenci nejčastěji dochází akutní hospitalizací v nemocnici z důvodu náhle vzniklých akutních onemocnění nebo zadržením a převezením dotyčného do záchytné stanice za pomoci Policie České republiky (Chval 2007).

1.2.1 Klinické příznaky

Ve většině případů se DT rozvíjí večer a v průběhu noci. Tma a psychomotorický neklid jeho průběh značně zhoršuje.

Abstinenční syndrom po vysazení alkoholu se projevuje nespavostí, vnitřním neklidem, úzkostí, tachykardií, třesem, pocením, hyperreflexií, dráždivostí a poruchami koncentrace. Součástí projevů bývá craving, což je jeden z příznaků závislosti na látce a jedná se o silnou touhu nebo pocit nutkání látku užít.

Předstupeň DT je tzv. predelirantním stav, který je mimo výše zmíněné známky abstinenčního příznaku po vysazení alkoholu charakterizovaný silným pocením, nauzeou, zvracením, ataxií, dysartrií, bludným vnímáním a také nespavostí, eventuálně halucinačními vsuvkami po probuzení a třesem končetin, které se objevují již několik hodin po abstinenci alkoholu.

Mezi hlavní klinické příznaky DT řadíme kvalitativní poruchy vědomí jako je dezorientace, zmatenost až chaotičnost pacienta, poruchy spánku, které jsou velmi často spojené se spánkovou inverzí (tj. obrácený rytmus spánku), zvýšená dráždivost nebo reakce na stimulaci a zvýšená sugestibilita. Zvláště oslabená je paměť a převládá krátkodobá paměť. U pacienta se objevují bludy, zejména paranoidně-perzekuční bludy, což je psychický stav, který se vyznačuje výraznými poruchami myšlení a vnímání reality a je charakterizovaný pocitem pronásledování. V průběhu DT se pacienti potýkají s halucinacemi taktilními, vizuálními a někdy i akustickými. Vizuální halucinace přicházejí masivně a jsou provázeny dezorientací v místě i času. Typické jsou pak vizuální halucinace lidských postav nebo malých zvířat zasazených do scénických výjevů o delším ději nebo pacient odhání hmyz, volá na osoby, brání se domnělému nebezpečí, snaží se zachytit drobné předměty, které mu neustále vypadávají. Specifické jsou pak vizuální halucinace, které jsou dle Vágnerové (2008) často jen černobílé a připomínají halucinace malých živočichů – nejčastěji se jedná o malé bílé myšky. Akustické halucinace jsou pacientem vnímány negativně, nejčastěji v podobě slyšení hlasu, který pacientovi vyhrožuje. Součástí DT mohou být dle Pecinovské (2011) dyseuforie, euforie až těžké vegetativní reakce.

Spolu s klinickým obrazem DT je možno zpozorovat laboratorní známky orgánového poškození alkoholem. V biochemickém vyšetření krve nalezneme zvýšené hodnoty jaterních testů. Typické je několikanásobné zvýšení gama-glutamyltransferázy (GGT) a alkalické fosfatázy (ALP), aspartátaminotransferáza (AST) je typicky vyšší, než je hodnota alaninaminotransferázy (ALT), dále ve výsledcích nalézáme hypokalémie, hypomagnezémie, zvýšenou hodnotu urey, kreatininu, bilirubinu, myoglobinu a sníženou hodnotu albuminu. Hematologické vyšetření je u nemocných s DT typické vyšší hodnotou D-dimerů a prodlouženým Quickovým testem (Kalayasiri a Sareedennchai, 2022; Pilch, 2011; Pecinovská, 2011; Chval, 2007).

Somatické příznaky jsou především charakterizovány jemným třesem prstů, které postupně přechází do třesu hrubého. Společně s prsty postihuje třes postupně celé horní a dolní končetiny, včetně trupu. V akutním stádiu DT velmi často vzniká nystagmus, který je charakterizován rytmickými, nekoordinovanými, kmitavými pohyby očních bulbů. Jedná se o trhavé pohyby očí, zejména ze strany na stranu a méně často nahoru a dolů. Nystagmus může mít podobu krouživých pohybů očních bulbů. Během DT se u pacienta může rozvinout ataxie (nekoordinované pohyby) a poruchy rovnováhy z důvodu požití vysokého

množství alkoholu, který má negativní vliv na mozkový kmen, mozeček, bazální ganglia a další části kortexu (Dušek a Večeřová-Procházková, 2010).

Deliriózní stavy jsou spojené i se somatickými příznaky, které zahrnují hojnou vegetativní symptomatologii, do které řadíme tachykardii (srdce bije rychleji, než je dáno fyziologicky), hypertenzi (vysoká hodnota krevního tlaku nad 140/90 mmHg), febrilie (vysoká tělesná teplota nad 38 °C), návaly horka, pocení, zvracení, nauzeu (nevolnost) a zčervenání obličeje. Přidružená somatická problematika zahrnuje selhávání jater, které je doprovázeno ikterem, hepatomegalií a pavoučkovými névy. Dále může docházet ke krvácení do trávicího traktu a k traumatům hlavy z důvodu problematiky udržení rovnováhy a nekoordinovanost pohybů. Hypoglykémie, otoky, hematomy, infekce a v neposlední řadě elektrolytová dysbalance (Nešpor et al., 2015).

1.3 Komplikace

Během průběhu deliria tremens dochází velmi často k mnohým komplikacím. Obvykle pojednáváme o poranění, které je spojené s pádem z lůžka, nejčastěji během hospitalizace nebo poranění během status epilepticus, který se typicky objevuje po posledním užití alkoholu v rozmezí 7-38 hodin (Práško et al., 2013).

Dle Světové zdravotnické organizace je epilepsie definovaná jako chronické nepřenositelné onemocnění mozku, které postihuje asi 50 milionů lidí na celém světě. Je charakterizována opakujícími se záchvaty, což jsou krátké epizody mimovolných pohybů, které mohou zahrnovat část těla (částečné) nebo celé tělo (generalizované) a jsou někdy doprovázeny ztrátou vědomí a kontroly funkce střev nebo močového měchýře (World Health Organization, 2024, - přeloženo autorkou bakalářské práce).

1.4 Rizikové faktory

Jako rizikové jsou v dostupných studiích uváděny tyto faktory: střední a vyšší věk pacienta, mužské pohlaví, sociální rozdíly typu negramotnost, již existující kognitivní postižení jedince a sociální izolace (např. bezdomovectví). Mezi rizikové faktory rozvoje DT patří dlouhodobé užívání alkoholu, zejména konzumace alkoholu v domácím prostředí (Kaye et al., 2024; Joshi, Shrestha, Shakya, 2021; Li et al., 2020).

1.5 Diagnostika

Dle Yoon et al. (2022) vzhledem k velké ekonomické a zdravotní zátěži a mortalitě související s DT je včasné rozpoznání pacienta s rizikem rozvoje DT zásadní pro včasnou lékařskou intervenci. U pacientů s DT je třeba provést důkladné klinické vyšetření a laboratorní vyšetření. Při příjmu pacienta k hospitalizaci je zapotřebí jej komplexně fyzikálně vyšetřit, což také zahrnuje popsat stav vědomí, zhodnotit stav výživy, hydratace a vyhodnotit stav dýchání a krevního oběhu. Nesmíme opomenout vyloučení možných traumat na hlavě nebo hematomy na těle vzniklé po pádu nebo nárazu. U nemocného standardně vyžadujeme vyšetření elektrokardiografu (EKG), rentgen (RTG) srdce a plic, výpočetní tomografii (computed tomography, CT) mozku a sonografii (UZ) břicha (Chval, 2007).

Existuje mnoho velmi krátkých screeningových testů pro všeobecné sestry, které slouží k rychlé diagnostice alkoholismu. Mezi ně se řadí např. Screeningový dotazník CAGE (CAGE), Test pro identifikaci poruch působených užíváním alkoholu (The Alcohol Use Disorders Identification Test, AUDIT), které jsou běžně dostupné ke stažení na internetových stránkách Kliniky adiktologie. CAGE byl vytvořen za účelem odhalení problémů s alkoholem a je používán v lékařské, ošetrovatelské a adiktologické praxi a může být veden pouze formou rozhovoru. Název dotazníku CAGE byl sestaven z počátečních písmen anglických slov značících čtyři oblasti otázek: Cut – ptající se pocit potřeby omezit pití alkoholu, Annoyed – hodnotící podráždění okolí z pití alkoholu, Guilt – vyjadřující pocit viny v souvislosti s pitím alkoholu a Eye-opener doptávající se na pití alkoholu po ránu za účelem uklidnění nebo zbavení kocoviny. V roce 1991 byl pak tento test rozšířen i na ostatní drogy a to pod názvem CAGE-AID. AUDIT je screeningový dotazník zacílený na brzkou detekci osob s rizikovou konzumací alkoholu. Zprostředkovává odhalení velikosti závažnosti konzumace alkoholu, umožňuje identifikovat osoby s problémy s alkoholem a určit následný vhodně zvolený zásah. Dotazník obsahuje 10 položek, které hodnotí rizika a výskyt příznaků závislosti na alkoholu, množství a frekvenci užívání alkoholu. Celkové maximální možné skóre testu je 40 bodů, každá otázka je číslována 0-4 body. Tento dotazník díky své délce může být používán jak v primární léčebné péči, tak své využití najde i např. ve škole nebo v zaměstnání (Cook et al., 2005).

Dle výsledků práce Yoon et al. (2022), která hodnotila kognitivní změny u pacientů v průběhu DT na elektroencefalografii, bylo zjištěno, že při DT dochází k neuronální excitabilitě a ke snížení kognitivní aktivity.

1.5.1 Anamnéza

Diagnostika DT je obvykle založena na pozorování pacienta a na informacích získaných od ošetřujícího personálu a rodiny pacienta (Li et al., 2020). Konečným nástrojem v diagnostice je až velmi podrobné psychiatrické vyšetření, kde se nejvíce zaměřujeme na specifika v anamnéze: V **rodinné anamnéze** se dotazujeme na výskyt závislosti na alkoholu, ale také na jiných látkách v širokém okruhu příbuzných. V **osobní anamnéze** se ptáme na výskyt epileptických křečí v souvislosti s konzumací alkoholu a na úrazy, které souvisejí s požitím alkoholu. V **gynekologické anamnéze** se zajímáme o možné pití alkoholu v graviditě a také v období laktace, neboť ženy, které jsou doma v průběhu těhotenství a mateřské mají častější sklony ke konzumaci alkoholu. U **pracovní a vzdělávací anamnézy** cíleně klademe otázky na konzumaci alkoholu během studií (zajímají nás školní výsledky), změna a náročnost zaměstnání (vliv kolektivu v práci, neomluvené absence, možné pozitivní namátkové kontroly na alkohol). Nezbytnou součástí je i získání informací od osob blízkých z důvodů omezené komunikace pacienta (dezorientace v místě a času). Nesmíme zapomenout na právní problémy, které by se mohly týkat konzumace alkoholu během řízení automobilu (pacienti ve většině případů neuvedou, že jim byl odebrán řidičský průkaz pro jízdu pod vlivem alkoholu). Odebrání anamnézy má za úkol pokusit se zjistit, kdy nemocný začal pít, v jakém čase a v jaké souvislosti. Zajímá nás, jakou má frekvenci pití a hlavně množství, které je schopen vypít. Je pro nás také důležité vědět, co nemocný pije, konkrétní značku (kvůli procentuálnímu obsahu alkoholu). Klademe otázky, zda požívá alkohol jen večer nebo i ráno na lačno, zda se také dobrovolně léčil v léčebně, nebo jestli byl někdy v proti alkoholové záchytné stanici (Hrnčiarová in Hosák, Hrdlička; Libiger et al., 2015).

1.5.2 Mini-Mental State Examination

Úroveň kognitivních funkcí je možné zhodnotit pomocí Mini-mental state examination (MMSE) (viz Příloha III), což je v praxi dle Nikolai et al. (2014) nejpoužívanějším hodnocením kognitivních funkcí. Bydžovský et al. (2008) a Franková (2007) uvádí, že MMSE se často využívá v diagnostice deliria a demence. Jedná se o souhrnný test, který klade nízké nároky na vyhodnocení a klasifikuje orientaci jedince, rozsah jeho

pozornosti, schopnost počítání, hodnotí paměť a řeč (Ciesielska et al., 2016; Dostálová 2020). Jeho vyplnění trvá 5-10 minut (Kang et al., 2018; Dostálová, 2020).

Normálnímu nálezu u zdravého jedince odpovídá bodové skóre ≥ 27 bodů z maximálních možných 30 bodů. Je-li výsledek 26-25 bodů, poukazuje u jedince na lehkou kognitivní poruchu. Výsledek MMSE v rozmezí 24-18 bodů značí lehkou demenci, 17-6 bodů střední demenci a 0-5 bodů těžkou demenci (Nikolai et al., 2014). Davey a Jamieson (2004) ve své práci uvádí, že 91 % z 234 oslovených zdravotníků používá MMSE k zhodnocení kognitivního deficitu během své praxe a potvrzuje tak frekventované využití MMSE v praxi.

1.5.3 Barthelův test základních všedních činností ADL

Barthelův test základních všedních činností ADL (Barthel Index, BI) slouží ke zhodnocení stupně závislosti v aktivitách denního života (aktivity daily living, ADL), (viz Příloha IV). BI dle Ellepola et al. (2021) hodnotí 10 položek, včetně najedení a napití, oblékání, koupání, osobní hygieny, kontinence moči a stolice, použití toalety, přesun mezi postelí a židlí, chůze po rovině, chůze po schodech. Celkové skóre BI se pohybuje v rozmezí 0 až 100 bodů, kde 0 bodů znamená totální závislost a 100 bodů znamená úplnou fyzickou nezávislost (Lekamwasam et al., 2011). Výsledné body se dají vyhodnotit do čtyř kategorií: vysoce závislý (0–40 bodů), závislost středního stupně (45-60), lehká závislost (65-95 bodů) a nezávislost (100 bodů).

Definice a popis bodování jednotlivých položek BI:

Najedení a napití je ohodnoceno 10 body (nezávislý pacient), když je pacient schopen se sám nakrmit z podnosu nebo stolu, pokud mu někdo dá jídlo na dosah. V případě potřeby si nasadí asistenční pomůcku, se kterou je schopen nakrájet jídlo, použít sůl a pepř, namazat máslo atd. To vše by měl splnit v přiměřené době. Pacient je ohodnocen 5 body, jestliže je k vykonání aktivity potřebná pomoc (např. s krájením jídla).

Při **oblékání** je pacient ohodnocen 10 body, pokud si umí obléknout, svléknout a zapnout veškerý oděv a zavázat tkaničky a není nutné použít jakékoliv úpravy. Tato činnost zahrnuje i např. nasazování a stahování a zapínání korzetu nebo rovnátek, pokud jsou pacientovi předepsány. Jestliže pacient potřebuje pomoc při oblékání, svlékání nebo zapínání jakéhokoli oděvu, je ohodnocen 5 body. Minimálně polovinu práce musí však udělat pacient sám a měl by úkon splnit v rozumném čase. Ženy nemusí být hodnoceny za použití podprsenky nebo opasku, pokud se nejedná o předepsaný oděv.

Při **koupání** se hodnotí 5 body, zda je pacient schopen použít vanu, sprchu nebo se samostatně umýt houbou.

U pacienta se při **vykonávání osobní hygieny** sleduje, zda si zvládne umýt ruce a obličej, učesat vlasy, vyčistit zuby a oholit se. Může použít jakýkoli druh přístroje, ale musí jej zvládnout vložit bez pomoci do nebo ze zásuvky nebo skříně. Pokud pacient zvládá tyto úkony provést samostatně je ohodnocen 5 body.

Pacient je ohodnocen 10 body v položce **kontinence moči**, pokud je schopen ovládat svůj močový měchýř ve dne i v noci. Pacienti, kteří mají např. permanentní močový vývod, by měli být schopni o něj pečovat (vyměnit močový sáček, který by měl zůstat v suchu ve dne i v noci). Ohodnocení 5 bodů náleží pacientovi, který má příležitostně inkontinenci, není schopen počkat na mísu nebo se včas dostat na toaletu.

Kontinence stolice je ohodnocena 10 body, když je pacient schopen ovládat peristaltiku a není inkontinentní. V případě potřeby je schopen použít čípek nebo si dát klystýr. Bodové skóre 5 bodů je uděleno pacientovi, pokud potřebuje pomoc při užívání čípků nebo klystýru nebo je občas inkontinentní.

Pokud je pacient schopen nastoupit a sestoupit na **toaletu**, rozepnout si oděv, zabránit znečištění oděvu a používat toaletní papír bez pomoci je ohodnocen 10 body. V případě potřeby může jako oporu použít nástěnnou tyč nebo jiný stabilně umístěný předmět. Pokud je nutné místo záchodu použít podložní mísu, musí ji umět položit na židli, vyprázdnit a vyčistit. Bodové skóre 5 bodů náleží pacientovi, který potřebuje pomoc kvůli ztrátě rovnováhy, pomoc při manipulaci s oblečením nebo při používání toaletního papíru.

Bodové skóre při **přesunu mezi postelí a židlí** 15 bodů náleží tomu pacientovi, který je nezávislý ve všech fázích této činnosti. Pokud je pacient na invalidním vozíku, zvládá se bezpečně přiblížit k lůžku, zablokovat brzdy, zvednout opěrky nohou, bezpečně se přesunout do lůžka, lehnout si nebo dosednout na stranu lůžka nebo změnit polohu vozíku a v případě potřeby je schopen se bezpečně přemístit zpět na invalidní vozík. Pacient je ohodnocen 10 body, jestliže k této činnosti potřebuje minimální dopomoc nebo je při přesunu potřeba dohlížet na jeho bezpečnost. Ohodnocení 5 body pak náleží pacientovi, který se do sedu dostane bez pomoci druhé osoby a v sedu vydrží, ale při zvednutí se z lůžka již pomoc jiné osoby potřebuje.

Chůzi po rovině se hodnotí 15 body, pokud pacient zvládne ujít 50 metrů bez pomoci a potřebného dozoru. K chůzi může pacient využívat pomůcky, jako jsou berle, hole nebo pevné chodítko, nikoliv však chodítko s kolečky. Bodové skóre 10 bodů dosáhne pacient, který může ujít 50 metrů s drobnou pomocí druhé osoby nebo potřebuje dohled

při této ADL činnosti. Pohyb pacienta na vozíku, zvládne-li ujet 50 m, se hodnotí 5 body, musí však zvládnout bezpečně nastoupit i vystoupit a manipulovat s vozíkem.

Chůze po schodech je ohodnocena 10 body, pakliže je pacient schopen schody bezpečně vyjít nahoru i dolů, a to bez pomoci další osoby. Pokud je to nutné může a měl by používat madla, hůlky nebo berle. Skóre 5 bodů mu náleží, pokud potřebuje pomoc další osoby.

Skóre 0 se uděluje ve všech výše uvedených ADL, pokud pacient nemůže splnit výše definovaná kritéria pro jednotlivé ADL (Mahoney et Barthel, 1965).

1.5.4 Diferenciální diagnostika

Jedná se o návrh několika diagnóz s podobnými příznaky, jako jsou u těžkého odvykání alkoholu. Mezi ně nejčastěji řadíme hyponatrémii, pneumónii, zranění hlavy, jaterní encefalopatii a psychózy. **Hyponatrémie** je život ohrožující stav, kdy u pacienta dochází k poklesu sodíku (S-Na⁺) v séru pod 135 mmol/l. Vzniká následkem zhoršeného perorálního příjmu stravy, dehydratací a urémií. Projevy mohou být jen minimální, ale u závažnějších hyponatrémií důsledkem edému mozku může docházet k nauze, zmatenosti a bolestem hlavy, zvracení, k somnolenci, kómatu nebo křečím (Čertíková Chábová, 2015). **Pneumonie** (zápal plic) je charakterizovaný febrilním stavem, nízkou saturací arteriální krve kyslíkem a deliriem. Jedná se o akutní zánět respiračních bronchiolů, alveolárních struktur a plicního intersticia (Fibigr a Pauk, 2017).

Zranění hlavy, které může být způsobené pádem, kdy může být pacient nalezen v bezvědomí, s krvácením z nosu nebo ucha, má rozšířené zorničky a u pacienta můžeme najít fokální neurologické deficity. Pecinová (2011) uvádí, že mimořádně často dochází k nesprávně určené diagnóze při příjmu pacienta, který je pod vlivem alkoholu, neboť příznaky poranění hlavy, a i intrakraniální krvácení jiné etiologie jako jsou např. mozkové nádory nebo centrální mozková příhoda, mohou být považovány za příznak opilosti nebo deliria. **Jaterní encefalopatie** je dle Vojnovi et al. (2024) mozková dysfunkce, která je důsledkem jaterní insuficience nebo portosystémového zkratu. Jaterní encefalopatie je popisována hematemézou (zvracením krve), melénou (dehtovitá stolice s příměsí natrávené krve), ikterem (žloutenkou), ascitem (nadměrné nahromadění tekutiny v břišní dutině) a pozorujeme u pacienta změny v režimu spánku a bdění. V klinickém obrazu převažuje psychomotorický útlum, kolísající mentální stavy, tremor, pozornosti a porozumění, narušena je i paměť, stavy neklidu a poruchy chování. Neuropsychologické testy pak mohou poukazovat u pacientů na poruchu pozornosti, zrakově-prostorových funkcí a deficit v jemné motorice (Rusina a Bolceková, 2016). **Psychóza** zahrnuje dlouhotrvající

halucinace neboli bludy (Jesse et al., 2016). Dle Rappe a Wilkinsone (2023) psychóza zahrnuje nepřesná a často podivná přesvědčení a vjemy. Acuna-Vargas a Thibaut (2019) uvádí, že mimo klinické příznaky má významná většina pacientů s psychózou také zhoršenou kognici.

1.5.5 Laboratorní diagnostika

Na nadměrné požívání alkoholu často poukazují i laboratorní výsledky testů, a to zejména krevního obrazu (KO). Jak již bylo zmíněno, viz kapitola klinické příznaky (s. 13), u pacientů nadměrně požívající alkohol dochází k zvýšení hodnot bilirubinu a jaterních enzymů, konkrétně AST, ALP, ALT a GMT. Dále nám to naznačuje vyšetření karbohydrát-deficientní transferinu (CDT), což je dle Pecinovské (2011) nejspecifičtější biochemický marker chronického nadužívání alkoholu. V moči se zaměřujeme na průkaz etylglukuronidu (EtG), který odhaluje přítomnost etylalkoholu až čtyři dny po požití alkoholu i při užití minimálního množství (Hrnčiarová in Hosák, Hrdlička, Libiger et al., 2015).

1.6 Léčba

Management léčby DT dle Mainerovaa (2015) představuje multidisciplinární (za účasti psychiatra, neurologa, internisty, odborníka na intenzivní péči atd.) a komplexní přístup se zapojením všeobecných a praktických sester i rodiny pacienta.

Dle Li et al. (2020) je DT velmi častý stav spojený s velkou morbiditou, mortalitou a náklady. Současné doporučené postupy pro intenzivní péči doporučují především použití nefarmakologické léčby jak v prevenci, tak v léčbě DT. Naopak farmakologická léčba může napomoci nefarmakologickou léčbu a její přístupy rozšířit a v současné době je široce využívána v klinické praxi ke zvládnání symptomů DT.

1.6.1 Nefarmakologická léčba

Výsledek, vývoj a průběh DT může významně ovlivnit mnoho faktorů. Jedná se zejména o monitorování pacienta, podpora vitálních funkcí a stabilizaci chronických onemocnění (jaterní, koagulační, anémie). Dbáme na bezpečnost pacienta, ale i okolí. Jiráček (2020) a Mainerova et al. (2015) doporučují uložit pacienta na jednolůžkový pokoj nebo alespoň zajistit přiměřenou vzdálenost lůžka. Prostředí, do něhož je pacient umístěn by mělo přispět ke zklidnění pacienta. Dle Mainerova et al. (2015) by prostředí mělo být nejenom klidné, ale neměly by v něm být umístěny žádné zbytečné předměty, měl by být

minimalizován venkovní hluk a všeobecná sestra by měla kontrolovat pacienta alespoň čtyřikrát za hodinu a pokusit se o nápravu jeho orientace v místě, čase a osobě.

Ačkoliv dle Jiráka (2020) se máme vyhýbat kurtaci pacienta k lůžku, Tomáš a Marková (2014) uvádí, že používání omezovacích prostředků jako je např. kurtace, zejména při nebezpečném chování pacienta, je vhodným krajním řešením. Kurtace však nesmí být použita jako usnadnění péče o pacienta. Fyzické omezení pacienta za pomoci omezovacích prostředků bývá užíváno po omezenou dobu a je vždy ordinováno lékařem. Vzhledem k tomu, že pacienti trpící DT jsou obvykle muži ve věku 40–50 let, velmi fyzicky zdatní a mající dostatečnou sílu, využívá se k prevenci sebepoškozování, při agresivitě pacienta nebo při hrozícím zranění personálu a ostatních pacientů asistence ostražky nemocnice.

Všeobecná sestra zajišťuje svou péči pacienta přiměřenou hydrataci a výživu pomocí správné diety a infuzní terapie, dbá na prevenci retence moči a stolice, kontroluje a zaznamenává bilanci tekutin (BT) do bilančního listu pacienta. Ačkoliv bychom se měli dle Jiráka (2020) vyhýbat zavedení permanentního močového katetru (PMK), pro objektivní sledování BT u nespolupracujícího pacienta je nutné mít PMK zaveden z důvodu nesoběstačnosti močit do sběrné nádoby.

Zdravotnický personál napomáhá pacientovi při vertikalizaci a dopomáhá ke zlepšení mobility. Při komunikaci s pacientem používáme klidný hlas a pozorujeme emoce, které nám velmi často prozradí více informací než pacientovy verbální projevy (Tomáš a Marková, 2014).

1.6.2 Farmakologická léčba

Dle Jiráka (2020) jsou používány 3 skupiny látek: benzodiazepiny, antipsychotika a zřídka Clomethiazol, které je třeba nasadit včas a individuálně dávkovat dle tělesné hmotnosti, věku a stupně agitovanosti pacienta. Základem farmakologické léčby je dle Mulkey a Olsone (2020) u DT podávání benzodiazepinů. V České republice jsou nejčastěji ze skupiny benzodiazepinů podávány Diazepam, Alprazolam nebo Oxazepam (Jiráka, 2020). Benzodiazepiny se v současné době v klinické praxi používají k léčbě poruch chování spojených s DT, současně se však jejich použití pro tuto indikaci nedoporučuje. Užívání těchto léků je kontroverzní, protože panuje nejistota ohledně toho, zda jsou pro pacienty účinné nebo zda nemají potenciál je poškodit.

Mezi doplňková farmaka dle Mulkey a Olsons (2020) patří aniepileptika, sedativa, barbituráty a hořčík. Mainerova et al. (2015) uvádí, že předčasné přerušení farmakologické léčby může mít za následek relaps DT v následujících 24 hodinách.

2 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O PACIENTY S DELIRIUM TREMENS

Ošetrovatelská péče o pacienty s DT může být dle Mulkey a Olsone (2020) náročná, neboť DT prodlužuje délku hospitalizace a zvyšuje náklady na zdravotní péči a dle Malhotra et al. (2018) ztrojnásobuje riziko úmrtí. DT je poměrně častá porucha vědomí, a čím jsou pacienti starší, tím jsou vystaveni zvýšenému riziku komplikací souvisejících s abstinčním syndromem, neboť se kumuluje vyšší výskyt komorbidit, včetně kognitivních poruch, delší anamnéza pití alkoholu než u mladších pacientů.

Jako nejúčinnější ve svém rukopisu Mulkey a Olsone (2020) popisují, že je nutné mít dostatečně proškolen ošetrovatelský personál a zajistit bezpečné prostředí pro pacienta. Ošetrovatelská péče by měla být natolik kvalitní, aby se DT dalo předejít, snížila se jeho závažnost nebo alespoň zkrátila délka jeho trvání.

Ošetrovatelské intervence by se měly zaměřit se na hydrataci, výživu, okysličování, prevenci infekcí, včasnou mobilitu pacienta, na správný spánkový režim a zmírnění bolesti. Součástí péče o pacienta s DT by mělo být zajištění klidného prostředí, vhodně zvoleného osvětlení a minimalizování změn na lůžku, které by mohly podpořit zhoršení příznaků tohoto onemocnění. Mulkey a Olsone (2020) ve svém rukopisu také uvádí, že všeobecné sestry by měly pečlivě sledovat známky aktivního odvykání alkoholu nejlépe za pomoci screeningového a hodnotícího nástroje jako je například Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol-Revised (CIWA-Ar), který také slouží k včasnému zachytu závislosti na alkoholu. Knight a Lallalainen (2017) ve svém článku uvádějí že CIWA-Ar je nejběžnější metodou léčby abstinčních příznaků, neboť napomáhá s dávkováním benzodiazepinů, které zvyšují účinek neurotransmiteru GABA. Mulkey a Olsone (2020) uvádí ve své studii, že běžná ošetrovatelská péče by měla podporovat a hodnotit ADL, zaměřit se na kognitivní a smyslové poruchy, které lze dle Michalak a Jaciubek (2021) efektivně zhodnotit za pomoci MMSE.

2.1 Ošetrovatelské intervence

V přístupu s pacientem je klíčová **komunikace**. Zdravotnický personál si klade při práci s pacientem v DT za cíl vytvořit styl komunikace, který je prospěšný oběma stranám. V případě spolupracujícího pacienta nám od prvního kontaktu předává informace o tom, jak se cítí, co, anebo kde ho bolí, a jak vnímá situaci, ve které se nyní nachází (Bednařík a Andrášiová, 2020).

Cílem péče u neklidných, nespolupracujících nebo psychotických pacientů by dle Resslera, Kondráda a Bártové (2011) mělo být zajištění bezpečnosti pacienta, zabránění jeho vyčerpání a jeho dostatečné zklidnění. Při ošetrovatelské péči dbáme na bezpečnost nejenom pacientů, ale i samotného zdravotnického personálu a ostatních pacientů.

Při komunikaci se nejčastěji setkáváme u agresivních pacientů s útočným neverbálním chováním. Toto chování se projevuje zvýšeným hlasem nebo křikem a tělesným neklidem (výrazná gestikulace), kritizováním, používáním ironie, obviňováním a odmítáním jakéhokoliv návrhu od lékaře či zdravotnického personálu. Tento způsob jednání může vyústit až v přímé nadávání a vyhrožování jak lékaři, zdravotnickému personálu, tak i samotné nemocnici a celému světu.

Přístup k agresivnímu pacientovi by neměl zahrnovat protiargumentaci a zvýšení hlasu, neboť by toto chování mohlo agresivitu u pacienta vystupňovat. Bednařík a Andrášiová (2020) uvádí, že takto rozladěný pacient není schopen vyhodnocovat pod nahromaděním negativních emocí a vnímat racionální argumenty lékaře a zdravotnického personálu.

Pacient v akutním stavu DT není ve většině případů se schopen sám o sebe postarat, tudíž hovoříme o snížené nebo žádné sebezpečí pacienta. Ačkoliv je pacient soběstačný v ADL, je u něj během prvních hospitalizačních dnů zavedena celková péče ošetrovatelským personálem, která zahrnuje celodenní hygienu, krmení a kontrolu příjmu tekutin a stravy a dohlíží na příjem vitamínů a minerálů.

S adaptací pacienta můžeme začít, až odezní akutní fáze DT. Pro všeobecnou sestru je důležité, aby pacient zvládal sebezpečí v rámci ADL. Po odeznění akutní fáze DT by měl pacient zvládat **vykonávat ADL**, jako je hygiena celého těla, oblékání, příjem stravy a tekutin (vlastní poznámka autora – zkušenost z praxe).

Po zlepšení stavu nemocného, který už není upoután na lůžko, se přistupuje k **vertikalizaci**, která má za cíl zlepšení pohyblivosti a soběstačnosti pacienta. Tento postup klade nároky na trpělivost, pečlivost a empatii jak ze strany ošetrovatelského personálu, tak i u pacienta, neboť byl delší dobu upoután na lůžko a nastalé změny polohy mohou vyvolat nepříjemné pocity jako je celková slabost, nauzea, zvracení, točení hlavy, tachykardie a hypotenze. Nejdříve se začíná s nácvikem sedu v lůžku, poté se pacient vertikalizuje do stoje a následně se přechází do aktivní chůze. Při vertikalizaci je nutné se postarat o zavedené PMK a jiné invazivní vstupy, aby nedošlo k jejich vynětí. Pro vertikalizaci do stoje a chůze můžeme využít pomůcky jako je například berle, hole

nebo vysoké chodítko, které umožní lepší stabilitu pacienta (Kapounová, 2020; Jirkovský et al., 2012).

Jestliže je pacient schopen se vertikalizovat do stoje a chůze vyprazdňuje se na toaletě. Pacienti, kteří nedojdou na toaletu, ale jsou schopni z lůžka sestoupit, se vyprazdňují do klozetu. Ležícím pacientům, kteří se nesmí nebo nemohou opustit lůžko, pomáháme s podkládáním podložní mísy eventuálně s používáním močové láhve nebo přikládáme inkontinenční pomůcky (plena, jednorázová podložka). U nesoběstačných nebo nespolupracujících pacientů se přistupuje k zavedení PMK, což se v ošetrovatelství využívá k přesnému zhodnocení BT.

U pacientů s DT by měl být sledován nejenom stav životních funkcí, mělo by se ale i dbát na sledování eventuální nerovnováhy elektrolytů a na problémy s výživou (Grover a Ghosh, 2018). Nadměrné užívání alkoholu má negativní dopad na gastrointestinální trakt a může způsobovat poruchy polykání nebo vážné poškození jater, v důsledku čehož dochází k narušení vstřebávání živin.

Dle Heinricha (2015) alkohol poškozuje pankreas společně se stravou bohatou na tuky a bílkoviny, proto by strava měla mít podobu **diety** s omezením tuku (dieta číslo 4). Přichystaná a, hotová strava se připravuje na jednotlivé podnosy, které jsou označeny číslem diety. V případech, kdy není příjem potravy možný nebo z klinického hlediska není dostačující, se užívá klinické výživy (např. Nutramin VLI). Klinická výživa je přesně formulována ve svém složení a je určena pro enterální nebo parenterální podání.

Vzhledem k tomu, že konzumovaný alkohol má kalorie, ale nízkou výživovou hodnotu, dochází u pacientů ke snížení chuti k jídlu. U pacientů s DT je ovlivněn metabolismus vitamínů a ostatních živin. Při dlouhodobém užívání alkoholu dochází v těle ke ztrátám minerálních látek, které jsou odváděny zvýšenou ztrátou vody v moči díky vlivu alkoholu na regulaci tvorby antidiuretického hormonu.

Závislí na alkoholu trpí dle Navrátilové, Českové a Sobotky (2000) zejména nedostatkem vitamínů, stopových prvků a elektrolytů. Pacientům s DT je třeba včas vyšetřit hladiny minerálů a osmolaritu, sledovat **příjem a výdej tekutin**. Tekutiny a minerály je nutné cíleně doplňovat. Příjem tekutin by neměl dosahovat pod hodnotu 2 litry (Nešpor et al., 2005). Dle Jirkovského (2012) probíhá během 12 nebo 24 hodin sběr a záznam diurézy odebraných ze sběrných nádob nebo močových sáčků napojených na PMK.

Vhodné je u dlouhodobě závislých na alkoholu aplikovat vitamín B₁ (thiamin), kterého je u těchto pacientů nedostatek a dochází k jeho ztrátám, neboť thiamin napomáhá rozkládat přijatý alkohol (Pruckner et al., 2019).

Nešpor et al. (2005) uvádí, že u lehké formy DT je dostačující podávání perorálních remineralizačních roztoků. U pacientů, u nichž není možné bezpečně zajistit příjem tekutin a minerálů per os je neodkladné zahájit infuzní terapii. K podávání tekutin intravenózně by mělo být přistupováno obezřetně, neboť hrozí možnost objemového přetížení. Infuzní terapie může být užitečná u pacientů s hyperhidrózou (nadměrné pocení), hypertermií a zvracením. Pacienti s DT mají mnohdy pocit žízně, který vyvolává touhu po alkoholu tzv. craving.

II. PRAKTICKÁ ČÁST

3 METODIKA VÝZKUMU

Praktická část bakalářské práce se zabývá ošetrovatelskými problémy a péčí o pacienty s DT, hodnocením úrovně kognitivních funkcí a ADL. Pro účely výzkumu byla zvolena metoda kazuistiky, což je kvalitativní výzkumná metoda. Pojednává o popisu konkrétního případu nebo více případů daného onemocnění (v našem případě pacienti s DT) a je podstatným zdrojem poznání nemoci ve speciálních případech (Bůřilová et al., 2023).

Kazuistika byla zvolena pro komplexní popis ošetrovatelského postupu. Výzkum je zpracován v níže uvedených 5 kazuistikách s podobnými ošetrovatelskými problémy. Kazuistiky jsou zaměřené na pacienty s DT hospitalizované na interním oddělení.

3.1 CÍLE PRÁCE

Hlavním cílem této bakalářské práce bylo sledovat stanovená kritéria ošetrovatelské péče (viz dílčí cíle) u pacientů s delirium tremens.

3.1.1 Dílčí cíle výzkumu

1. Zjistit nejčastější evidované ošetrovatelské problémy u pacientů s delirium tremens v prvním, třetím a pátém dnu hospitalizace v ošetrovatelské dokumentaci;
2. Zhodnotit úroveň vývoje kognitivních funkcí za pomoci MMSE a porovnat tyto výsledky v prvním, třetím a pátém dnu hospitalizace;
3. Porovnat vývoj soběstačnosti v ADL dle BI v prvním, třetím a pátém dnu hospitalizace;
4. Zaznamenat a porovnat vývoj příjmu a výdeje tekutin v prvním, třetím a pátém dnu hospitalizace;

3.2 Organizace výzkumu

V této bakalářské práci využíváme kvalitativní metodu výzkumu formou kazuistik a dále obsahovou analýzu zdravotnické dokumentace. Nasbíraná data byla získána na interním oddělení ze zdravotnické dokumentace a od pacientů samotných. Data byla shromažďována v časovém intervalu 2 měsíců.

Každý pacient vhodný pro zařazení do výzkumu postoupil celkem třikrát testování BI a MMSE (v prvním, třetím a pátém dnu hospitalizace). Před prvním měřením byla sesbírána anamnestická data týkající se rizikových faktorů DT a anamnéza související se nynějším a s přidruženým onemocněním (onemocnění a úrazy a eventuálně jejich farmakologická anamnéza).

První testování BI a MMSE proběhlo první den do jedné hodiny od přijetí pacienta na lůžkové oddělení, druhé měření proběhlo v průběhu třetího dne hospitalizace na lůžkovém oddělení a třetí měření proběhlo v průběhu pátého dne hospitalizace na lůžkovém oddělení.

Měření zahrnovalo hodnocení vývoje kognitivních funkcí dle MMSE a hodnocení soběstačnosti v ADL dle BI. Realizace testů vyžaduje klidné prostředí, nejnovější standardizované verze testů MMSE a BI v jejich tištěné podobě, psací pomůcky a hodinky. Pacienti byli testováni vsedě, u stolu nebo vleže na lůžku se stolkem na psaní, po dobu 15-20 minut v závislosti na spolupráci.

Vypracované hodnotící testy BI a MMSE jednotlivých pacientů jsou k nahlédnutí u autora práce.

Zmíněné ošetrovatelské problémy nebyly hodnoceny dle taxonomie NANDA International, protože ve sledovaném zdravotnickém zařízení (viz příloha č. II žádost o umožnění výzkumného šetření), v níž probíhal sběr dat, se evidují do ošetrovatelské dokumentace pouze předdefinované ošetrovatelské problémy dle vnitřního standardu.

3.2.1 Výběr participantů

Do této bakalářské práce byli vybráni a zařazeni participanté, kteří měli stanovenou jako hlavní lékařskou diagnózu F10.4 Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním alkoholu, odvykací stav s deliriem. Sledovaný soubor obsahoval celkem 5 pacientů – 3 muže a 2 ženy. V příloze V, je přiložen písemný souhlas s hospitalizací, ve kterém pacient souhlasí s nahlížením do zdravotnické dokumentace osobám podílejícím se na výuce a s pořizováním obrazové a video dokumentace o průběhu vyšetření operace či ošetření, které je součástí zdravotnické dokumentace dle směrnice OS-07-2016-UHN zdravotnického zařízení. Současně v příloze I je přiložena žádost o umožnění přístupu k informacím a příloze II žádost o umožnění výzkumného šetření.

4 KAZUISTIKA Č. 1

Pacientka H. M. narozena v roce 1981, byla přivezena rychlou zdravotnickou pomocí (RZP) na interní ambulanci s lékařskou diagnózou F10.4 Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním alkoholu, odvykací stav s deliriem. Byla nalezena kolemjdoucím ležící v parku na lavičce. Pacientka je chronická ethylička. Opakované přijetí (již po čtvrté) se stejnou diagnózou. V sanitce uvádí informaci, že 3 dny abstinuje, v ambulanci tvrdí, že 10 dní nepožřela žádný alkohol.

4.1 Anamnéza

Osobní anamnéza: chronický etylizmus od roku 2015, ikterus, jaterní selhávání – steatofibróza jater toxonutritivní etiologie, jícnové varixy I. st., - drobná axilární hiátová hernie, biliózní reflux dle gastrofibroskopie 5/2020, těžká difúzní motoricko-senzitivní polyneuropatie dolních končetin (DKK), sideropenická mikrocytární anémie, zánětlivé změny na celém tračníku dle CT 24. 6. 2017, status post (st. p.) herniotomii pupeční kýly 2016, st. p. flebotrombóze bérce 2015. Pacientka udává, že vypije asi 2 litry tekutin za den a močí fyziologicky;

Rodinná anamnéza: matka † 33 let karcinom mozku, otec † 45let infarkt myokardu, bratr prodělal flebotrombózu, 2 sestry zřejmě zdravé, 3 vlastní děti zdravé;

Alergická anamnéza: neguje;

Sociální anamnéza: žije s manželem a dětmi;

Pracovní anamnéza: vyučená zahradnice, pracovala i jako doručovatelka pošty, nyní nepracuje;

Gynekologická anamnéza: menses nepravidelný, možnou graviditu neguje, na gynekologické prohlídce nechodí, porody 3, potraty 0, gynekologické operace 0;

Farmakologická anamnéza:

Kanavit gtt. dávkování 5 – 0 – 0, léková skupina: hemostatika/ vitamín K

Essenciale forte 600 mg, dávkování 1 – 1 – 1, léková skupina: hepatika

Abusus: kouření neguje, dříve tvrdý alkohol denně, nyní jen příležitostně při oslavách

Nynější onemocnění: pacientka udává, že je slabá, unavená, má bolesti břicha a zad - podle Vizuální analogové škály (VAS) hodnotí 3, špatně se jí dýchá, má žlutou barvu kůže asi 14 dní, střídá se u ní zácpa s průjmem, moč je tmavá, 3 dny nespala, udává halucinace charakteru bílých záblesků;

Objektivní vyšetření lékařem při příjmu: výška 170 cm, hmotnost 89 kg, pacientka při vědomí, dezorientovaná časem a místem, snaží se spolupracovat, klidová eupnoe, afebrilní, obézní, turgor kůže v normě, momentálně není schopna se postavit na nohy. **Hlava a krk:** hrdlo klidné, jazyk plazí středem, zornice izokorické a reagují na osvit, skléry ikterické, uši a nos bez sekrece, štítná žláza (ŠŽ) nehmatná, náplň krčních žil v normě. **Hrudník:** dýchání čisté, vysoký stav bránice, ozvy ohraničené, bez šelestů. **Břicho:** nad niveau, diastáza břišních svalů, měkké, bolestivé. **DKK:** prosaky DKK, bez známek flebitidy, pulsace do periferie;

Páteř: trny pokleповě nebolestivé;

Fyziologické funkce: krevní tlak: 110/65 mmHg, puls: 79', tělesná teplota: 36,5 °C, saturace kyslíkem 98 %

Vyšetření: RTG plic bez infiltrace či městnání. UZ břicha s obrazem jaterní fibrocirhózy, ascites. Laboratorně výrazná hyperbilirubinémie, vyšší kreatinin, hypokalemie, hypomagnesemie, hypokalcemie, makrocytová anémie, koagulopatie, elevace zánětlivé aktivity.

4.2 Katamnéza

1. den hospitalizace na interním oddělení pacientka ležící na lůžku, snaží se spolupracovat, je ale dezorientovaná časem a místem. Udává halucinace charakteru bílých záblesků. Provedeny laboratorní testy krve (Urea, Kreatin, Na, K, Cl, Mg, Bilirubin, jaterní soubor, Albumin, Glukóza, Cholesterol, tyreotropní hormon (TSH), C-reaktivní protein (CRP), alkohol v séru, KO, test srážlivosti krve (INR) a moče (M + S + B), RTG srdce + plíce, UZ břicha, MMSE test a BI. Zavedená antibiotická terapie (Cefotaxim 2g + 100ml fyziologický roztok (FR1/1 ā 8 hodin intravenózně (i. v.)) kvůli vysokému CRP (136 mg/l). Z důvodu zhoršené mobility a třesu končetin pacientky zaveden PMK č. 18 na sledování BT (příjem i výdej) přiloženy také inkontinenční pomůcky (plena a jednorázová podložka). Známky dehydratace, suchý jazyk a z úst jde cítit alkohol. Na oddělení byl zaveden periferní žilní katetr (PŽK). Dieta byla zvolena číslo 4 (s omezením tuků), pacientka, ale nebyla schopna přijmout stravu, tudíž byla první den lačná. Během prvních 6 hodin na oddělení pacientka 2x zvracela (zvratky neobsahovaly příměsi krve ani hlenu). Stěžovala si na bolesti břicha a zad (VAS 3), proto podány analgetika (2 ml Novalginu + 100 ml FR1/1 i. v.) bolest poté ustoupila. Vertikalizace z důvodu akutního stavu není možná. Pravidelná monitorace fyziologických funkcí. TK a puls R: 110/55 80', P: 105/65 84', V: 103/68 83'. Pacientka bez pádu jištěna postranicemi.

3. den hospitalizace pacientka orientovaná místem a časem. Halucinace už neudává, je ale v psychickém rozpoložení. V rámci lůžka soběstačná, na chůzi se ale necítí z důvodu přetrvávajícímu třesu končetin. PMK a PŽK zatím ponecháno kvůli sledování BT a hydrataci. Odebrány kontrolní odběry krve (Bilirubin, CRP, jaterní soubor, amoniak (NH₃)). Byly opět provedeny testy MMSE a BI. Inkontinenční pomůcky zatím ponechány, i když pacientka se cítí velmi nepříjemně při přebalování. Zvládá se sama najíst a přijímat tekutiny. Invazivní vstupy jsou pravidelně dezinfikovány a kontrolovány z důvodu vzniku infekce. Vertikalizace je přiměřená k stavu pacientky, která je ale schopná se posadit v lůžku s nohama dolů. Pravidelná monitorace fyziologických funkcí. TK a puls ráno (R): 110/60 80', poledne (P): 107/60 82', večer (V): 98/60 86'. Bolest udává v oblasti zad VAS 2, proto podány analgetika jako první den hospitalizace, bolest poté ustoupila. Pacientka bez pádu.

5. den hospitalizace pacientka se cítí nejlépe od přijetí na oddělení. Po odeznění třesu je schopna chůze, proto byl odstraněn PMK a pro sledování výdeje moče je použita sběrná nádoba u toalety. PŽK byl zaveden nový z důvodu rizika vzniku infekce a pravidelného podávání antibiotika i. v. Také byly odebrány kontrolní odběry krve (Na, K, Cl, Urea, Kreatin, CRP, Bilirubin, jaterní soubor a KO). Byly opět provedeny testy MMSE a BI, které dopadly nejlépe během sledování. Pacientka je plně orientovaná místem časem a osobou, po psychické stránce se cítí dobře, z důvodu návštěvy rodiny. Udává, že jí dali novou chuť do života a chce přestat pít alkohol, lékaři slíbila, že se půjde léčit. Lékař přislíbil zítřejší propuštění, pokud laboratorní výsledky dopadnou dobře. Pravidelná monitorace fyziologických funkcí. TK a puls R: 115/65 79', P: 120/68 86', V: 105/70 75'. Hydratace a BT je přiměřená. Bolest neudává (VAS 0). Pacientka bez pádu.

Tabulka 1: Záznamový arch kazuistiky č. 1

Den hospitalizace	První	Třetí	Pátý
Ošetrovatelské Problémy – záznamy v ošetrovatelské dokumentaci	deficit sebepěče v oblasti oblékání, hygieny a příjmu potravy zhoršená mobilita riziko vzniku infekce z důvodu zavedení PMK a PŽK riziko pádu riziko sníženého objemu tekutin akutní i chronická bolest	riziko pádu zhoršená mobilita riziko sníženého objemu tekutin riziko infekce z důvodu zavedení PMK a PŽK chronická bolest	riziko pádu riziko infekce z důvodů zavedení PŽK
MMSE	25 bodů	29 bodů	29 bodů
Barthel index	40 bodů	80 bodů	100 bodů
Příjem a výdej tekutin (ml)	700/800	1 700/1 200	2 000/2 200

(Zdroj, autor práce, 2024)

Tabulka 2: Medikace u kazuistiky č. 1

Lék	Dávka	Způsob podání	Čas	Den hospitalizace
Essenciale forte	600 mg	p. o.	8:00, 12:00, 17:00	1., 2., 3., 4., 5.
Diazepam	10 mg	p. o.	Při nespavosti	3.
Novalgín	2 ml + 100 ml FR1/1	i. v.	Při bolestech > VAS 2	1., 2., 3.
Nutramin VLI	500 ml	i. v.	7:00	1., 2., 3., 4., 5.
Kanavit	10 mg/ 1 amp. + 20 ml FR1/1	i. v.	8:00	1., 2., 3., 4., 5.
Controloc	40 mg + 10 ml FR1/1	i. v.	8:00	1., 2., 3., 4., 5.
Thiamin	50 mg	s. c.	6:00, 12:00	1., 2., 3., 4., 5.
MgSO ₄ 10%	1 amp. + 100 ml FR1/1	i. v.	7:00	1., 2., 3., 4., 5.
Cefotaxim	2 g + 100 ml FR1/1	i. v.	8:00, 16:00, 24:00	1., 2., 3., 4., 5.

Použité zkratky v tabulce: p. o. – per os, i. v. – intravenózně, amp. – ampule

(Zdroj, autor práce, 2024)

4.3 Zhodnocení kazuistiky č. 1

U pacientky č. 1 byly první den všeobecnou sestrou administrovány ošetrovatelské problémy charakteru deficit sebeděče v oblasti hygieny, oblékání a příjmu potravy, zhoršená mobilita, riziko vzniku infekce z důvodu zavedení PŽK a PMK, riziko pádu, riziko sníženého objemu tekutin, akutní a chronická bolest. Tyto evidované problémy neodpovídají ošetrovatelské diagnostice (NANDA – I). Jelikož pacientka nebyla schopna první den přijímat tekutiny ani stravu byl zaveden PŽK. Tekutiny byly nahrazeny infuzní terapií. Zhoršená mobilita, vedla k zavedení PMK, aby mohl být sledován příjem a výdej tekutin. Ošetrovatelský problém byl totiž stanoven jako riziko sníženého objemu tekutin. Invazivní vstupy byly pravidelně kontrolovány a dezinfikovány, aby nedošlo ke vzniku mechanické flebitidy. Vzhledem k zhoršené mobilitě hrozilo riziko pádu. Pacientka byla jištěna postranicemi a k vertikalizaci jí dopomáhal zdravotnický personál. K pádu během sledování nedošlo.

Během hospitalizace 1., 3., a 5. den byly provedeny testy hodnotící úroveň kognitivních funkcí prostřednictvím MMSE a zhodnocena soběstačnost v ADL dle BI. Výsledky MMSE první den byly 25 bodů, což určuje hraniční nález, třetí a pátý hospitalizační den byly 29 bodů čemuž odpovídá normální stav (viz tabulka 1, s. 34). Naměřené hodnoty BI byly první hospitalizační den 40 bodů, což značí, že je pacient vysoce závislý, třetí hospitalizační den 80 bodů (tj. lehká závislost) a pátý den 100 bodů znamenající z hlediska soběstačnosti nezávislost pacienta. Se zlepšením výsledků BI se zlepšily i výsledky testu MMSE. Příjem tekutin první den byl 700 ml a výdej tekutin 800 ml. Výsledky bilance tekutin třetí a pátý den hospitalizace byly dostatečné a vyvážené, tj. třetí den byl příjem tekutin 1700 ml a výdej 1200 ml, pátý den příjem 2000 ml a výdej 2200 ml.

5 KAZUISTIKA Č. 2

Pacient B. M. ročník 1955, přivezen RZP a přijat přes urgentní příjem s lékařskou diagnózou F10. 4 Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním alkoholu, odvykací stav s deliriem. Nalezen manželkou sedící před domem na zemi. Při příjezdu sanitky dezorientovaný místem, časem a osobou. Chronický ethylik, opakovaná hospitalizace.

5.1 Anamnéza

Osobní anamnéza: chronický ethylizmus, depresivní epizody, st. p. lékové intoxikace (Brintellix, Quetiapin) 9/2023, vertebrogenní algický syndrom, st. p. opakovaných intoxikacích alkoholem, st. p. opakovaných DT při ethylismu, st. p. opakovaných pádech - vyšetřen na traumatologii, vnitřní hemeroidy, st. p. kontuzi stavu bezvědomí s tonicko-klonickými křečemi – generalizovaný epileptický paroxysmus.

Rodinná anamnéza: otec † v 58 letech na plicní embolii, matka † v 78 letech na CMP

Alergická anamnéza: Biseptol, prach, roztočí, pyl

Sociální anamnéza: žije s manželkou

Pracovní anamnéza: v minulosti lékař, nyní nezaměstnaný

Farmakologická anamnéza:

Brintellix 5 mg tbl., dávkování 1 – 0 – 2, léková skupina: antidepresiva

Quetiapin 50 mg tbl., dávkování 0 – 0 – 0 – 1, léková skupina: antipsychotika

Abusus: tvrdý alkohol popíjí každý den, většinou 1 litr, kouření 10 cigaret denně po dobu 20 let

Nynější onemocnění: udává tíhu na hrudi, nevolnost a dlouhodobé halucinace, při kterých vidí bílé ohňostroje. Bolí ho záda (VAS 4), žádá léky od bolesti, moč žlutá, problémy se spaním (dlouhodobé)

Objektivní vyšetření lékařem při příjmu: pacient při vědomí, neorientován, spolupracuje částečně, eupnoe, afebrilní, anikterus, bez cyanózy, turgor v normě, akrální třes, foetor ex ore alkoholismus. **Hlava a krk:** pokleповě nebolestivé, uši a nos bez sekrece, bulby volně pohyblivé, víčka bez otoků, zornice izokorické, jazyk sušší, povleklý, plazí středem. **Hrudník:** souměrný, dýchání čisté alveolární. **Břicho:** nad niveau, prohmatné, játra 2 cm pod obloukem, nebolestivé. **Srdce:** pravidelné ozvy, šelest neslyšitelná. **DKK:** bez otoků, bez známek flebitidy. Třes končetin.

Fyziologické funkce: krevní tlak: 140/90 mmHg, puls: 110 min, saturace kyslíkem 98 %, tělesná teplota 36,8 °C

Vyšetření: RTG plic bez infiltrace či městnání, **UZ břicha:** játra s obrazem steatózy,

Laboratorní vyšetření: iontový dysbalanc, hypokalémie, hyponatrémie, hypomagnesémie při chronickém etylismu.

5.2 Katamnéza

1. den hospitalizace: na interním oddělení pacient na lůžku chráněn postranicemi, neorientovaný místem, časem a osobou. Místy agresivní vůči zdravotnickému personálu, konkrétně sestry. Spolupracuje částečně, proto je ošetrovatelská péče náročná. Pacient udává halucinace charakteru vidění bílých ohňostrojů, které trvají dlouhodobě po požití většího množství tvrdého alkoholu. Provedeny vstupní laboratorní testy krve (Na, K, Cl, Urea, Kreatinin, jaterní soubor, CRP, Bilirubin, alkohol v séru, KO, INR), moče (M + S). Provedeno MMSE společně s testem soběstačnosti v ADL prostřednictvím BI. Kvůli hydrataci a uklidnění zaveden PŽK a podán (Apaurin 10 mg + 100 ml FR1/1 i. v.). Bolest hodnotí (VAS 4), na bolest zad podáno (2 ml Novalginu + 100 ml FR1/1 i. v.). Bolest po podání analgetik ustoupila. Pacientovi byla určena dieta č. 4 (s omezením tuků), stravu během prvního dne odmítal kvůli nechutenství. Byla zavedena BT, kde se sledoval příjem a výdej tekutin. Pacient měl sbírat moč do sběrné nádoby, ale kvůli delirantnímu stavu zapomínal a močil do pleny. Proto první den hospitalizace byl výdej zkreslený. Vertikalizace probíhala v lůžku, protože pacient první den byl spavý. Byla zahájena pravidelná monitorace fyziologických funkcí. V nočních hodinách bloudí po chodbě. TK a puls R: 130/75 85', P: 125/75 84', V: 135/79 75'.

3. den hospitalizace: pacient již orientován místem, časem a osobou. Nevyžaduje celkovou péči ošetrovatelského personálu. Zvládá sám přijímat tekutiny a stravu. Sbírá moč do sběrné nádoby pro BT, která je vyrovnaná. Halucinace už neuvádí a přiznal, že je má jen při požití většího množství tvrdého alkoholu. Pacient si myslí, že dle jeho lékařských zkušeností stačí brát tablety, proto odmítá intramuskulární léčiva. Přetrvává tremor horních končetin. Proběhla výměna PŽK z důvodu prevence vzniku infekce. Byly opět provedeny testy MMSE a BI. Bolest hodnotí VAS 1 v oblasti zad (podány Ultracod 500 mg p. o.). Nadále po večerech chodí po chodbě. TK a puls R: 130/70 95', P: 134/83 97', V: 111/61 86'.

5. den hospitalizace: pacient se cítí lépe, chce podepsat negativní reverz. Nadále přetrvává třes horních končetin. Ve všech aspektech ADL je plně soběstačný a je schopen sbírat moč do sběrné nádoby pro BT, která je dostatečná. Nadále odmítá intramuskulární léčbu, proto přijímá Thiamin per os. PŽK vytaženo. VAS 0. TK a puls R: 131/66 86', P: 125/75 84', V: 103/67 87'. Provedeny testy MMSE a BI. V odpoledních hodinách opouští oddělení po přijetí negativního reverzu sloužícím lékařem.

Tabulka 3 Záznamový arch kazuistiky č. 2

Den hospitalizace	První	Třetí	Pátý
Ošetřovatelské Problémy – záznamy v ošetřovatelské dokumentaci	deficit sebeděže v oblasti oblékání a hygieny zhoršená mobilita riziko vzniku infekce z důvodu zavedení PŽK riziko pádu riziko sníženého objemu tekutin porucha spánku chronická bolest	zhoršená mobilita riziko infekce z důvodu zavedení PŽK porucha spánku chronická bolest	riziko infekce z důvodů zavedení PŽK
MMSE	20 bodů	25 bodů	29 bodů
Barthel index	45 bodů	95 bodů	100 bodů
Příjem a výdej tekutin (ml)	1 800/2 000	1 700/2 200	1 800/1 900

(Zdroj, autor práce, 2024)

Tabulka 4 Medikace u kazuistiky č. 2

Lék	Dávka	Způsob podání	Čas	Den hospitalizace
Magnosolv	365 mg	p. o.	8:00, 12:00, 17:00	1., 2., 3., 4., 5.
Ultracod	50 mg/ 30 mg	p. o.	Při bolestech	1., 2., 3.
Apaurin	10 mg	i. m.	ā	2., 3.
Apaurin	1 amp. + 100 ml FR1/1	i. v.	7:00, 12:00	1., 2.
Thiamin	50 mg	i. m.	6:00, 12:00, 18:00	1., 2., 3.
Novalgín	2 ml + 100 ml FR1/1	i. v.	7:00, 16:00	1., 2., 3., 4., 5.
Brintellix	5 mg	p. o.	21:00	1.
Quetiapín	2 x 50 mg	p. o.	21:00	1.
Plasmalyte	1 000 ml	i. v.	7:00	1., 2., 3., 4., 5.

Použité zkratky v tabulce: p. o. – per os, i. v. – intravenózně, amp. – ampule, i. m. - intramuskulárně

(Zdroj, autor práce, 2024)

5.3 Zhodnocení kazuistiky č. 2

U pacienta č. 2 byly první hospitalizační den stanoveny ošetrovatelské problémy charakteru deficit sebeděže v oblasti oblékání a hygieny, zhoršená mobilita, riziko vzniku infekce z důvodu zavedení PŽK, riziko pádu, riziko sníženého objemu tekutin, porucha spánku a chronická bolest. Tyto evidované problémy neodpovídají ošetrovatelské diagnostice (NANDA – I). Díky nechutenství nebyl pacient schopen přijímat stravu, proto byla zavedena infuzní terapie. Příjem a výdej tekutin byl po celou dobu přiměřený, i když první den byl zkreslený kvůli akutnímu stavu zmatenosti. K pádu během hospitalizace nedošlo, po večerech samostatně chodil po chodbě z důvodu nespavosti. U pacienta byl problém, že odmítal intramuskulární léčiva, proto ji bylo nutno převést na infuzní a perorální terapii. PŽK bylo pravidelně proplachováno, dezinfikováno a vyměněno z důvodu prevence vzniku mechanické flebitidy.

Výsledky MMSE první den byly 20 bodů, což určuje patologický nález lehkou demenci, třetí den 25 bodů (tj. hraniční nález) a pátý hospitalizační den 29 bodů, čemuž odpovídá normální stav (viz tabulka 2, s. 40). Naměřené hodnoty BI byly první hospitalizační den 45 bodů, což značí, že je pacient středně závislý. Třetí hospitalizační den 95 bodů (tj. lehká závislost) a pátý den 100 bodů znamenající z hlediska soběstačnosti nezávislost pacienta. Příjem tekutin první den byl 1 800 ml a výdej tekutin 2 000 ml. Výsledky bilance tekutin třetí a pátý den hospitalizace byly dostatečné a vyvážené, tj. třetí den byl příjem tekutin 1 700 ml a výdej 2 200 ml, pátý den příjem 1 800 ml a výdej 1 900 ml.

6 KAZUISTIKA Č. 3

Pacient K. P. narozen v roce 1981 přivezen RZP na interní ambulanci s diagnózou F10. 4 Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním alkoholu, odvykáací stav s deliriem. Zákazníci obchodního domu ho našli ležet v nákupních vozících. Přijat byl poprvé.

6.1 Anamnéza

Osobní anamnéza: st. p. kraniotraumaty a 2 x epileptickém záchvatu (2018, 2020), st. p. pneumonie (2016), st. p. GTCS u noncompliance pacienta s abusem alkoholu, četné sutury po opakovaných pádech, st. p. opakovaných akutních intoxikacích

Alergická anamnéza: neguje

Sociální anamnéza: žije s matkou v bytě

Pracovní anamnéza: nezaměstnaný

Farmakologická anamnéza: Trund 500 mg, dávkování 1 – 0 – 1, léková skupina: antiepileptika

Abusus: kouří 15 cigaret denně, v délce trvání 10 let, alkohol denně 3 piva + 2 panáky tvrdého alkoholu

Nynější onemocnění: Pacient na sobě 3 dny pozoruje žlutou kůži. Asi 1 týden ho trochu pobolívá pod pravým žeberním obloukem. Nezvracel, udává únavu a slabost. Barva moči tmavá. Udává, že za 10 dní zhubnul 10 kg. Teplotu, třesavku, bušení srdce, rýmu, kašel, bolest na hrudi a noční pocení neguje.

Objektivní vyšetření lékařem při příjmu: váha 69kg, výška 170 cm, pacient při vědomí, orientovaný v místě, čase a osobě, spolupracující, bez klidové dušnosti, turgor v normě, kůže ikterická. **Hlava a krk:** poklepově nebolestivá, pohyby bulby konjugované, bez nystagmu, skléry ikterické, spojivky prokrvené, jazyk plazí středem, hrdlo klidné, ŠŽ nehmatná. **Hrudník:** dýchá alveolárně, ozvy ohraničené, šelest neslyšen. **Břicho:** v niveau hrudníku, hepatomegalie, klidná peristaltika. **DKK:** bez otoků, bez známek zánětu, lýtka volná, pulzace na perifériích hmatné a hybnost v kloubech bez omezení. **Per rectum:** zbytky stolice, sliznice hladká, prostata malá, nebolestivá, zbytky stolice na rukavici normální barvy, bez patologické příměsi. **Neurologicky:** orientačně bez stránek lateralizace.

Fyziologické funkce: TK 115/60 mmHg, puls: 93', tělesná teplota 36,7 °C.

Vyšetření: RTG srdce, plíce, EKG, UZ břicha.

Laboratorní vyšetření: odebráno AST, ALP, ALT, GMT, Bilirubin, CRP, Urea, Kreatinin, Na, K, Cl, KO. Objednán na gastrofibroskopii.

6.2 Katamnéza

1. den hospitalizace: na interním oddělení pacient soběstačný a chodící, orientovaný místem časem a osobou. Udává nespecifické halucinace. Byla provedena vstupní laboratorní vyšetření krve a moči. Proveden RTG srdce a plic. Třes horních končetin, zhoršená mobilita. Zaveden příjem i výdej tekutin. Při močení a stolici je soběstačný. Dieta byla zvolena č. 4. Z důvodu infuzní terapie zaveden PŽK. Bolest neudává (VAS 0). U pacienta byly provedeny testy MMSE a BI. TK a puls R: 115/60 93', P: 100/65 89', V: 105/66 79'.

3. den hospitalizace: pacient sbírá moč do sběrné nádoby pro BT. Výměna PŽK z důvodu prevence vzniku mechanické flebitidy. Nadále přetrvávají halucinace, zejména v noci. Bolest neguje (VAS 0). Díky nespavosti nasazeny hypnotika. Příjem a výdej je dostatečný. Opět byly provedeny MMSE a BI. Byly odebrány kontrolní odběry krve, AST, ALP, ALT, GMT, Bilirubin, CRP a KO. TK a puls R: 98/64 78', P: 98/63 82', V: 97/63 83'.

5. den hospitalizace: gastrofibroskopie provedena 4. hospitalizační den s nálezem jícnového refluxu, nasazena léčiva dle ordinace gastroenterologa (Controloc 40 mg i. v.). Bilance tekutin se zlepšila. PŽK ponecháno. Stolice pravidelná, fyziologická, bez příměsí. Bolest nadále neguje (VAS 0). Provedeny MMSE a BI. TK a puls R: 100/60 72', P: 110/65 69', V: 110/103 73'.

Tabulka 5 Záznamový arch kazuistiky č. 3

Den hospitalizace	První	Třetí	Pátý
Ošetrovatelské Problémy – záznamy v ošetrovatelské dokumentaci	riziko vzniku infekce z důvodu zavedení PŽK riziko sníženého objemu tekutin	riziko vzniku infekce z důvodu zavedení PŽK riziko sníženého objemu tekutin porucha spánku	riziko vzniku infekce z důvodu zavedení PŽK porucha spánku
MMSE	25 bodů	30 bodů	30 bodů
Barthel index	95 bodů	100 bodů	100 bodů
Příjem a výdej tekutin (ml)	800/800	1 200/1 100	1 950/1 050

(Zdroj, autor práce, 2024)

Tabulka 6 Medikace u kazuistiky č. 3

Lék	Dávka	Způsob podání	Čas	Den hospitalizace
Essenciale forte	600 mg	p. o.	8:00, 12:00, 17:00	1., 2., 3., 4., 5.
Trund	500 mg	p. o.	8:00, 17:00	1., 2., 3., 4., 5.
Nutramin VLI	500 ml	i. v.	12:00	1., 2., 3., 4., 5.
Kanavit	20 mg, 2 gtt.	p. o.	8:00	1., 2., 3., 4., 5.
Controloc	40 mg + 10 ml FR1/1	i. v.	12:00	4., 5.
Thiamin	50 mg	s. c.	6:00	1., 2., 3., 4., 5.
MgSO ₄ 10%	1 amp + 100 ml FR1/1	i. v.	7:00	1., 2., 3., 4., 5.
KCl 7,45%	10 ml + 250 ml FR1/1	i. v.	7:00	3., 4., 5.
Buronil	25 mg	p. o.	21:00	3., 4., 5.

Použité zkratky v tabulce: p. o. – per os, i. v. – intravenózně, gtt. – kapky, s. c. – subkutánně

(Zdroj, autor práce, 2024)

6.3 Zhodnocení kazuistiky č. 3

U pacienta č. 3 byly první hospitalizační den stanoveny ošetrovatelské problémy charakteru riziko vzniku infekce z důvodu zavedení PŽK, riziko sníženého objemu tekutin. Tyto evidované problémy neodpovídají ošetrovatelské diagnostice (NANDA- I). Bilance tekutin po infuzní terapii přiměřená. K pádu během hospitalizace nedošlo. Halucinace přetrvávají zejména v nočních hodinách. Po celou dobu hospitalizace je pacient nekonfliktní, dodržuje řádnou dietu. Rozumí a řídí se ordinací lékaře. PŽK bylo z důvodu prevence vzniku mechanické flebitidy pravidelně proplachováno, dezinfikováno. V třetím hospitalizačním dnu byl periferní žilní katetr vyměněn.

Výsledky MMSE první den byly 25 bodů, což určuje hraniční nález, třetí a pátý hospitalizační den byly 29 a 30 bodů čemuž odpovídá normální stav (viz tabulka 3, s. 45). Naměřené hodnoty BI byly první hospitalizační den 95 bodů, což značí, že je pacient lehce závislý, třetí hospitalizační den 100 bodů a pátý den 100 bodů znamenající z hlediska soběstačnosti nezávislost pacienta. Příjem tekutin první den byl 800 ml a výdej tekutin 800 ml. Výsledky bilance tekutin třetí a pátý den hospitalizace byly vyvážené, tj. třetí den byl příjem tekutin 1 200 ml a výdej 1 100 ml, pátý den příjem 1 950 ml a výdej 1 050 ml. Z důvodu pozdějšího příjmu na oddělení se první hospitalizační den nedal počítat za 24 hodin.

7 KAZUISTIKA Č. 4

Pacientka F. I. ročník 1962, přivezena manželem na interní příjem. Byla u ní stanovena lékařská diagnóza F10. 4 Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním alkoholu, odvykací stav s deliriem. Manžel uvádí, že našel ženu ležet v obývacím pokoji opilou. Nebyla orientovaná místem. Snažila se zjistit, co se vlastně stalo. V ambulanci se snaží komunikovat se zdravotním personálem. Přetrvávají halucinace charakteru vidiny živého pavouka, který ji říká, co má dělat. Při příjmu pacientka klidná bez agrese, občasná dezorientace v místě a situaci.

7.1 Anamnéza

Osobní anamnéza: chronický ethylizmus, chronická rhinosinusitida, odvykací stav při závislosti na alkoholu 2/2024, st. p. operaci hlasivek, st. p. operaci karpálního tunelu 2010, st. p. fraktuře levého zápěstí, st. p. sekci 2000, thyreopatie, steatofibróza s hepatopatií při chronickém abusu alkoholu, st. p. operaci hlasivek

Rodinná anamnéza: otec † v 65 na leukémii, matka † 66 suicidum (po manželovi smrti), 3 sourozenci – sestra měla rakovinu ramene, nyní remise, bratr asi zdravý, sestra psychické onemocnění

Alergická anamnéza: PNC

Gynekologická anamnéza: menses do 50 let, nyní menopauza, porod per SC 1x ve 38 letech, potraty 0

Sociální anamnéza: žije s manželem v rodinném domě, má 1 dceru (zdravá)

Pracovní anamnéza: vrátná

Farmakologická anamnéza:

Letrox 100 mg tbl., dávkování 1-0-0, léková skupina: hormon štítné žlázy

Torvacard Neo 40 mg tbl., dávkování 0-0-1, léková skupina: statiny

Thiamin 50 mg tbl., dávkování 1-0-1, léková skupina: Vitamín B1

Tiapridal 100 mg tbl., dávkování 1-0-1, léková skupina: antipsychotika

Primidon magistraliter, dávkování 1-0-1, léková skupina: barbiturátové antiepileptikum

Abusus: nekouří, alkohol 2-4 dcl vína obden, 1 panák do džusu

Nynější onemocnění: dech po alkoholu, bez známek traumatu, bez křečí či pokousaného jazyka, močení bez dysurií či hematurií, stolice s klonem k zácpě bez příměsí krve a hlenu, váha stabilní, třes končetin

Objektivní vyšetření lékařem při příjmu: výška 165 cm, hmotnost 56 kg, pacientka středního věku při vědomí, dezorientovaná místem, snaží se spolupracovat, eupnoická, kůže anikterická, turgor dostatečný. **Hlava a krk:** oči, uši, nos bez patologické sekrece, bulby ve středním postavení–volně pohyblivé všemi směry, zornice izokorické s reakcí na osvit, skléry anikterické, spojivky růžové, jazyk plazí středem, bez povlaku, bez pokousání, hrdlo klidné, uzliny nehmatné, ŠZ nezvětšena, pulzace krkavic souměrná, jizva po operaci ŠZ. **Hrudník:** symetrický, akce srdeční pravidelná, ozvy ohraničené bez šelestu, dýchání alveolární, poklep plný, jasný. **Břicho:** k hrudníku nad niveau měkké, prohmatné, na pohmat nebolestivé, bez patologické rezistence, játra a slezina nehmatné, peristaltika slyšitelná, jizva ve středu hypogastria. **DKK:** bez otoků, pulzace hmatná do periferie. **Neurologicky:** bez lateralizace volný skles končetin.

Fyziologické funkce: krevní tlak: 150/80 mmHg, puls: 77 min., saturace kyslíkem 99 %, počet dechů: 15 min.

7.2 Katamnéza

1. den hospitalizace: pacientka přijata na interní oddělení s rozvinutým DT. Při příjmu neorientovaná místem, jinak soběstačná, chodící, klidná a při vědomí. Halucinace pouze při příjmu. Zaveden periferní žilní katetr do pravé horní končetiny, který je průchozí a nejeví známky zarudnutí a infekce v místě vpichu. Byly odebrány vstupní odběry krve a moče. Pacientka byla edukována v oblasti stravování, kdy ji doktor naordinoval dietu č. 4 a hlavně o nutnosti sledování bilance tekutin. Přesný příjem tekutin si pacientka zvládla zapisovat na papír (počet vypitých pohárků + polévka) pro výdej moče je použita sběrná nádoba, která je uložena u WC v koupelně. Pacientka byla poučena o prevenci vzniku pádu z důvodu třesu končetin. Udává mírné bolesti hlavy VAS 2. Proto podány analgetika dle ordinace lékaře (Novalgin 2 ml + 100 ml FR1/1). U pacientky jsme provedli testy na zhodnocení, konkrétně MMSE a BI. Pravidelná monitorace fyziologických funkcí. TK a puls R: 120/65 70', P: 115/67 74', V: 123/78 63'.

3. den hospitalizace: pacientka již orientovaná místem. Chodící a spolupracující. Halucinace již neuvádí. Třes končetin pomalu ustupuje. PŽK bylo vyměněno z důvodu prevence vzniku mechanické flebitidy, které bylo zavedeno do levé horní končetiny. Místo

vpichu po zavedené PŽK není zarudlé, teplé, ani nejeví známky infekce. Pacientka přesně zaznamenává BT, která je přiměřená a nehrozí riziko dehydratace. Pacientka odebrala moč na bakteriologické vyšetření, protože uváděla pálení při močení. Ráno byla na sonografii břicha, na které byla ráno lačná. Výsledky dle lékaře dopadly dobře, nebyly známky patologického poškození. Kvůli vysoké hodnotě CRP (220 mg/l) byla naordinovaná ATB léčba (Amoksiklav 1,2 g + 20 ml FR1/1 ā 8h). Bolest neudává VAS 0. Byly opět provedeny testy MMSE a BI. Pravidelná monitorace fyziologických funkcí. TK a puls R: 118/75 72[˚], P: 125/77 71[˚], V: 121/73 69[˚].

5. den hospitalizace: zdravotní stav pacientky byl neměnný. Třes plně vymizel, proto již není stanoveno riziko pádu. Medikace stále stejná, antibiotická terapie ponechána. Pálení při močení již neudává. PŽK ponecháno, je průchozí bez známek mechanické flebitidy. BT nadále sledována. Moč má fyziologickou barvu a hustotu. Pacientka se cítí lépe i díky návštěvám rodiny, kteří ji podporují, chtěla by už domů. Bolest neguje VAS 0. Provedeny testy MMSE a BI, které dopadly jako třetí hospitalizační den. Pravidelná monitorace fyziologických funkcí. TK a puls R: 108/74 70[˚], P: 105/69 74[˚], V: 113/78 68[˚].

Tabulka 7 Záznamový arch kazuistiky č. 4

Den hospitalizace	První	Třetí	Pátý
Ošetrovatelské Problémy – záznamy v ošetrovatelské dokumentaci	zhoršená mobilita riziko vzniku infekce z důvodu zavedení PŽK riziko pádu akutní bolest	riziko pádu zhoršená mobilita riziko infekce z důvodu zavedení PŽK	riziko infekce z důvodů zavedení PŽK
MMSE	27 bodů	30 bodů	30 bodů
Barthel index	100 bodů	100 bodů	100 bodů
Příjem a výdej tekutin (ml)	1 500/1200	2 000/2 100	2 200/2 100

(Zdroj, autor práce, 2024)

Tabulka 8 Medikace u kazuistiky č. 4

Lék	Dávka	Způsob podání	Čas	Den hospitalizace
Letrox	100 mg	p. o.	Na lačno v 6:00	1., 2., 3., 4., 5.
Torvacard Neo	40 mg	p. o.	17:00	1., 2., 3., 4., 5.
Novalgín	2 ml + 100 ml FR1/1	i. v.	Při bolestech > VAS 1	1., 2., 3.
Nutramin VLI	500 ml	i. v.	7:00	1., 2., 3., 4., 5.
Tiapridal	100 mg	p. o.	7:00, 17:00	1., 2., 3., 4., 5.
Primidon	-	p. o.	8:00, 17:00	1., 2., 3., 4., 5.
Thiamin	50 mg	p. o.	8:00, 17:00	1., 2., 3., 4., 5.
Amoksiklav	1,2 g + 20 ml FR1/1	i. v.	6:00, 14:00, 22:00	3., 4., 5.

Použité zkratky v tabulce: p. o. – per os, i. v. – intravenózně

(Zdroj, autor práce, 2024)

7.3 Zhodnocení kazuistiky č. 4

U pacientky č. 4 byly první den všeobecnou sestrou administrovány ošetrovatelské problémy charakteru zhoršená mobilita, riziko vzniku infekce z důvodu zavedení PŽK, riziko pádu a akutní bolest. Tyto evidované problémy neodpovídají ošetrovatelské diagnostice (NANDA- I). Zhoršená mobilita byla stanovena díky třesu končetin a s tím související i riziko pádu, ke kterému během hospitalizace nedošlo. Pacientka byla řádně poučena o možném riziku pádu. Během hospitalizace byl jednou měněn periferní žilní katetr, kvůli riziku vzniku mechanické flebitidy. Díky pravidelnému dodržování postupu (dezinfekce, kontrola rány a proplachy vstupu) k infekci v místě zavedení PŽK nedošlo.

Výsledky MMSE první den byly 27 bodů, což značí normální stav, třetí a pátý hospitalizační den byly 30 bodů, čemuž odpovídá normálnímu stavu (viz tabulka 4, s. 51). Naměřené hodnoty BI byly první, třetí a pátý hospitalizační den 100 bodů, což značí, že je pacient z hlediska soběstačnosti nezávislý. Příjem tekutin první den byl 1 500 ml a výdej tekutin 1 200 ml. Výsledky bilance tekutin třetí a pátý den hospitalizace byly dostatečné a vyvážené, tj. třetí den byl příjem tekutin 2 000 ml a výdej 2 100 ml, pátý den příjem 2 200 ml a výdej 2 100 ml.

KAZUISTIKA Č. 5

Pacient K. L. ročník 1950 přivezen na interní příjmovou ambulanci RZP, kterou mu zavolala dcera, která ho našla ležet na schodech před domem. Z úst mu šel silně cítit alkohol. Neorientován situací a místem. Se zdravotním personálem komunikoval dobře a zřetelně. U pacienta byla stanovena lékařská diagnóza F10. 4 Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním alkoholu, odvykací stav s deliriem. Dcera uvádí, že otec pije už léta, ale poslední 3 měsíce pravidelně každý den. Hospitalizován prvně.

7.4 Anamnéza

Osobní anamnéza: jaterní selhávání, cholecystolythiáza, chronický ethylizmus, st.p. prostatectomii, st. p. deliriu nasedajícím na demenci, st. p. dekompresi L páteře 2015, st. p. TEP kyčle, st. p. ablaci pterygia 1994,1998, st. p. fract. patellae

Rodinná anamnéza: otec † v 82 letech na cirhózu jater – měl bércové vředy, matka † v 90 letech stářím, 3 sourozenci – sestra † po úrazu hlavy, 2 sourozenci zdraví, děti zdravé

Alergická anamnéza: neguje

Sociální anamnéza: bydlí v rodinném domě s manželkou, dcerou a zetěm

Pracovní anamnéza: ve starobním důchodu, předtím pracoval jako instalatér

Farmakologická anamnéza:

Thiamin 50 mg tbl., dávkování 1-1-1, léková skupina: vitamín B1

Lactulosa 50 ml per os, dávkování při zácpě 3xdenně, léková skupina: laxativa

Kanavit gtt., dávkování 5-0-0, léková skupina: Hemostatika/ vitamín K

Xyzal 5 mg tbl., dávkování 0-0-1, léková skupina: antialergikum

Abusus: nekuřák, uvádí, že od operace kyčle už nepije, předtím 3 piva denně a pár panáků tvrdého alkoholu

Nynější onemocnění: Pacient stabilní, místy neorientovaný situací a místem. Udává, že má stolici 3 týdny řidší a světlou, chodí 2-3x denně. Močení bez dysurie, moč je tmavá přirovnána k černé kávě, chodí celkem často močit. Třes horních končetin spojené s únavou. Spí celkem špatně, udává, že má noční můry. Momentálně trpí spíše nechutenstvím. Váha se mu hýbe, od konce února zhubnul cca 10 kg.

Objektivní vyšetření lékaře při příjmu: váha 105 kg, výška 175 cm, pacient místy dezorientovaný místem a situací, bez klidové dušnosti, kůže ikterická, obézní, turgor v normě. Třes horních končetin. **Hlava a krk:** pokleповě nebolestivá, pohyby bulbů konjugované, bez nystagmu, skléry ikterické, spojivky prokrvené, jazyk plazí středem, hrdlo klidné, sliznice ikterické, pulzace karotid symetrická, náplň jugulárních žil v normě, ŠŽ nehmatná, šije volná. **Hrudník:** pokleповě normostranný, dýchání sklípkové, ozvy ohraničené, bez šelestu. **Břicho:** nad niveau hrudníku, měkké, prohmatné, nebolestivé, peristaltika klidná. **DKK:** bez otoků, bez známek infekce a bércových vředů, lýtka volná, pulzace na periférii hmatné, hybnost v kloubech neomezena, jizva po TEP kyčle. **Neurologicky:** bez známek lateralizace

Fyziologické funkce: krevní tlak 123/74 mmHg, puls: 73', tělesná teplota 36,2 °C.

Vyšetření: RTG srdce, plíce, EKG

Laboratorní vyšetření: hyperbilirubinémie, elevace jaterních testů, koagulopatie, bez elevace zánětlivých markerů

7.5 Katamnéza

1. den hospitalizace: na interním oddělení pacient soběstačný s mírnou dopomocí při chůzi, kvůli třesu horních končetin a slabosti. Od příjmu pacient již zcela orientován místem i situací. Udává bolest hlavy a zad VAS 1. Pacient bez halucinací. Spolupracuje se zdravotním personálem v celé míře, která je potřeba. Poučen o stravování, kde mu byla naordinována dieta č. 4. Odebrány vstupní laboratorní testy krve (jaterní soubor, CRP, Na, K, Cl, Mg, Bilirubin, Urea, Kreatinin, KO, INR) moč (M + S + B). Kvůli hydrataci a nechutenství, kdy pacient nebyl schopen jíst, zaveden periferní žilní katetr do pravé horní končetiny, který je průchozí a nejeví známky mechanické flebitidy. Byla naordinována BT pro přesné měření příjmu a výdeje tekutin. Pacient byl schopen zapisovat přesný počet hrnků, které vypil. Moč, kterou sbíral do sběrné nádoby byla tmavá a hustá. Pacient si občas zazvonil, pomocí signalizačního zařízení na personál, aby mu pomohl doprovodit na WC kvůli riziku pádu, o kterém byl edukován při příjmu na oddělení. V nočních hodinách měl problém usnout. Zvonil, že ho pronásledují můry a že má špatné sny, proto mu lékař naordinoval (Buronil 25 mg 1 tbl. na noc). U pacienta byly provedeny testy MMSE a BI. Tlaková monitorace tlaku 3x denně, TK a puls R: 140/85 68', P: 132/82 83', V: 137/81 78'.

3. den hospitalizace: Stav pacienta se zlepšil v oblasti soběstačnosti. Již nepotřebuje doprovod na WC. Pacient nadále trpí nechutenstvím, i když se snaží jíst po malých porcích. BT díky infuzní terapii vyvážená a dostatečná. Moč už není černé barvy. Odebrány odběry krve před biopsií jater (jaterní soubor, KO, INR, Urea, Kreatinin, CRP, Na, K). Pacient edukován o zítřejším vyšetření (od půlnoci nejíst, nepít nekouřit). U pacienta byl zaveden nový periferní žilní katetr z důvodu vytržení při sprchování. PŽK zaveden do levé horní končetiny. Místo po vpichu bylo mírně zarudlé a vytvořil se hematom, který jsme po konzultaci s lékařem mastili 4x denně gelem Hirudoid. Odebrány opět testy MMSE a BI. Fyziologické funkce, TK a puls R: 134/82 69', P: 130/81 73', V: 134/71 75'.

5. den hospitalizace: Pacient po biopsii jater má nastavený klidový režim na lůžku. Doporučeno sbírat moč u lůžka do sběrné nádoby. Vpich po biopsii jater klidný, bez zarudnutí, krytí neprosakuje. Pacient se cítí dobře, na bolest si nestěžuje VAS 0. Periferní žilní katetr bez známek mechanické flebitidy. Nadále se pokračuje v infuzní a antibiotické terapii. Chut' k jídlu je lepší, pacient již zvládá sníst plné porce po malých kouscích. Pacient je klidný a dobře naladěný, má pravidelné návštěvy rodiny, kteří ho podporují. Pacient je rozhodnutý nastoupit do protialkoholní léčebny. Byly opět provedeny testy ke zhodnocení kognitivních funkcí a soběstačnosti podle MMSE a BI. Pravidelné měření fyziologických funkcí, TK a puls R: 130/78 75', P: 129/82 72', V: 130/71 74'.

Tabulka 9 Záznamový arch kazuistiky č. 5

Den hospitalizace	První	Třetí	Pátý
Ošetrovatelské Problémy – záznamy v ošetrovatelské dokumentaci	zhoršená mobilita riziko vzniku infekce z důvodu zavedení PŽK riziko pádu riziko sníženého objemu tekutin porucha výživy akutní bolest	riziko pádu riziko infekce z důvodu zavedení PŽK porucha výživy	riziko pádu riziko infekce z důvodů zavedení PŽK
MMSE	24 bodů	29 bodů	30 bodů
Barthel index	75 bodů	100 bodů	100 bodů
Příjem a výdej tekutin (ml)	900/600	1 300/1 500	1 800/1 900

(Zdroj, autor práce, 2024)

Tabulka 10 Medikace u kazuistiky č. 5

Lék	Dávka	Způsob podání	Čas	Den hospitalizace
Essenciale forte	2x 300 mg	p. o.	8:00, 12:00, 17:00	1., 2., 3., 4., 5.
Buronil	25 mg	p. o.	21:00	1., 2., 3., 4., 5.
Lactulosa	1 lžíce	p. o.	8:00	1., 2., 3., 4., 5.
Nutramin VLI	500 ml	i. v.	7:00	1., 2., 3., 4., 5.
Kanavit	5 ggt.	p. o.	8:00, 17:00	1., 2., 3., 4., 5.
Controloc	40 mg + 10 ml FR1/1	i. v.	8:00	1., 2., 3., 4., 5.
Thiamin	50 mg	p. o.	8:00, 12:00, 17:00	1., 2., 3., 4., 5.
Sylimarin A1	50 mg	p. o.	8:00	1., 2., 3., 4., 5.
Ursosan	500 mg	p. o.	8:00, 12:00, 17:00	1., 2., 3., 4., 5.
Prednison	20 mg	p. o.	12:00, 17:00	3., 4., 5.
Famosan	20 mg	p. o.	8:00	4., 5.
Plasmalyte	1000 ml	i. v.	12:00	3., 4., 5.
Dicynone	2 amp.	i. v.	8:00	4.

Použité zkratky v tabulce: p. o. – per os, i. v. – intravenózně, amp. – ampule, ggt. – kapky
(Zdroj, autor práce, 2024)

7.6 Zhodnocení kazuistiky č. 5

U pacienta č. 5 byly první den všeobecnou sestrou administrovány ošetrovatelské problémy charakteru zhoršená mobilita, riziko vzniku infekce z důvodu zavedení PŽK, riziko pádu, riziko sníženého objemu tekutin, porucha výživy a akutní bolest. Tyto evidované problémy neodpovídají ošetrovatelské diagnostice (NANDA- I). Pacient po celou dobu na oddělení orientovaný místem, časem a osobou. První den hospitalizace pacient potřeboval dopomoc zdravotnického personálu při chůzi, zejména doprovod na WC. Z důvodu prevence vzniku mechanické flebitidy byl PŽK pravidelně kontrolován a proplachován. Během výměny PŽK třetí hospitalizační den se objevil v místě zavedení hematom, který po konzultaci s lékařem byl pravidelně ošetřován gelem Hirudoid. Pacient po celou dobu hospitalizace sbíral moč do sběrné nádoby.

Výsledky MMSE první den byly 24 bodů, což určuje hraniční nález, třetí a pátý hospitalizační den byly 29 a 30 bodů, čemuž odpovídá normální stav (viz tabulka 5, s. 57). Naměřené hodnoty BI byly první hospitalizační den 75 bodů, což značí, že je pacient lehce závislý, třetí hospitalizační den 100 bodů a pátý den 100 bodů znamenající z hlediska soběstačnosti nezávislost pacienta. Příjem tekutin první den byl 900 ml a výdej tekutin 600 ml. Je to způsobeno díky pozdějšímu příjmu pacienta na oddělení, kdy nebylo možné sledovat BT za 24h, jako u předešlých pacientů. Výsledky bilance tekutin třetí a pátý den hospitalizace byly dostatečné a vyvážené, tj. třetí den byl příjem tekutin 1 300 ml a výdej 1 500 ml, pátý den příjem 1 800 ml a výdej 1 900 ml.

DISKUZE

Následující kapitola má za cíl konfrontovat nejčastější ošetrovatelské problémy u pacientů s delirium tremens s jinými pracemi a teoretickými poznatky. Záměrem je předložit k pochopení vzájemných souvislostí mezi vývojem soběstačnosti v ADL a úrovni vývoje kognitivních funkcí u pacientů s delirium tremens. Také jsme porovnávali vývoj příjmu a výdeje tekutin. Následně je uveden přínos a limity práce pro klinickou praxi.

Prvním cílem práce bylo zjistit nejčastější evidované ošetrovatelské problémy u pacientů s delirium tremens v prvním, třetím a pátém dnu hospitalizace v ošetrovatelské dokumentaci. Mašlániová, Minařík a Šatný (2019) ve své kazuistice popisují shodu s vyzkoumanými ošetrovatelskými problémy naší práce. U pacienta s DT uvádí jako hlavní ošetrovatelský problém riziko infekce z důvodu zavedení PŽK a PMK a omezenou mobilitu z důvodu výskytu třesu horních končetin. Shodně byl pacient z jejich kazuistiky přijat jako pacient v kazuistice č. 3 a 5 orientovaný v čase, místě i osobě, adekvátně reagující a spolupracující. Druhý den začal pacient bloudit po chodbách a po pokoji, stejně jako náš pacient č. 2, u kterého se bloudění projevilo první den. Navíc se v jejich kazuistice, u popisovaného pacienta, objevily halucinace a dezorientace časem a místem. I přes medikamentaci se začal stav pacienta zhoršovat natolik, že pátý den je probuditelný pouze bolestivým podnětem a střídají se u něj poruchy vědomí. Tímto zhoršením stavu se liší od našich pacientů, neboť ve všech pěti kazuistikách bylo pozorováno zlepšení mezi prvním a pátým hospitalizačním dnem. K ještě markantnějšímu zhoršení stavu pacientů v DT se ve své práci vyjadřuje Wang et. al. (2021). Ve svých kazuistikách popisuje celkem 4 pacienty, jejichž stav se po třetím hospitalizačním dnu zhoršil natolik, že u tří z nich bylo nutné přistoupit k intubaci pacienta a převést jej na jednotku intenzivní péče.

Chval (2007) ve dvou kazuistikách popisuje pacienty v DT a průběh jejich hospitalizace. První kazuistika pojednává o pacientovi s četnými epileptickými záchvaty, který je dezorientovaný časem, má třes horních končetin a trpí nestabilitou při chůzi. Uvádí zde tedy jako největší ošetrovatelský problém zhoršenou mobilitu. V průběhu hospitalizace dochází čtvrtý den ke zlepšení celkového stavu pacienta a desátý den byl pacient přeložen do ústavní protialkoholní léčebny. U druhé kazuistiky byl pacient pro nevladatelné DT přeložen z psychiatrické léčebny na interní jednotku intenzivní péče s třesem, halucinacemi a agresivitou, kde byl také intubován. Po dvou dnech byl však jeho stav bez komplikací, byl extubován a plně začal spolupracovat. Po osmi dnech hospitalizace byl přeložen do psychiatrické léčebny. Zde si lze povšimnout poněkud proměnlivého stavu pacientů,

kteřé můžeme srovnat s pacienty ve všech našich kazuistikách, kde také došlo k rychlému ústupu projevů v průběhu několika dnů. Ošetrovatelským problémem je u pacienta, popisovaného v této kazuistice, uvedeno zhoršení mobility, riziko vzniku infekce ze zavedeného PMK a PŽK. Autor se však nevyjadřuje např. k riziku sníženého objemu tekutin. Na nutnost sledování příjmu a výdeje tekutin ve své studii upozorňuje Sol'a-Miravete (2017). Dále se mezi nejčastější ošetrovatelské problémy u pacientů s DT uvádí riziko infekce z důvodu zavedení PMK, zhoršená mobilita a poruchy spánku. Se zhoršenou mobilitou se setkáváme v našich kazuistikách zejména u imobilních pacientů a u pacientů, u kterých se vyskytoval třes horních končetin. Aby bylo sníženo riziko pádu u pacientů s omezenou mobilitou, byli pacienti v první a druhé kazuistice chráněni postranicemi. K tomuto ošetrovatelskému úkonu přikročil také Sharma (2003) ve své kazuistice, která popisuje pacienta v DT s pocitmi zmatenosti, agresivity a s halucinacemi.

Dle výše dostupných prací a vyhodnocených kazuistik se v prvním dnu hospitalizace nejčastěji vyskytuje ošetrovatelský problém infekce z důvodu zavedení PMK a PŽK, neboť se často jedná o nespolupracující a agresivní pacienty, u kterých je nutné sledovat bilanci tekutin a zavést farmakoterapii. Mezi další časté a související ošetrovatelské problémy patří riziko sníženého objemu tekutin, zhoršená imobilita a riziko pádu.

Ve třetím dnu mezi časté ošetrovatelské problémy patří nadále infekce z důvodu zavedení PMK a PŽK, riziko sníženého objemu tekutin, zhoršená imobilita, riziko pádu a poruchy spánku.

V pátém dnu většinou dochází u pacientů ke zlepšení stávajícího stavu a přetrvává riziko infekce z důvodu zavedení PŽK pro infuzní terapii. Setkáváme se v pracích i s případy, kdy je pacientův stav zhoršen natolik, že je intubován a převezen na jednotku intenzivní péče.

Druhým cílem práce bylo zhodnotit úroveň vývoje kognitivních funkcí za pomoci MMSE a porovnat tyto výsledky v prvním, třetím a pátém dnu hospitalizace. Manning et al. (2009) uvádí, že alkohol může mít škodlivější účinek na kognitivní funkce než mnoho nelegálních drog. Také ve své studii poukazuje na to, že problémy s užíváním alkoholu či závislost na alkoholu může být spojena s kognitivní poruchou. Toto tvrzení je v souladu s výsledky našich kazuistik, neboť všichni hodnocení pacienti spadaly dle vyhodnocených testů MMSE do demence mírného až středně těžkého stupně (tj. bodové skóre pod 24 bodů) a u všech sledovaných pacientů došlo v průběhu odeznívání DT ke zlepšení výsledků až do normálního stavu.

Z praktických zkušeností autorky práce se MMSE jeví jako rychle proveditelný test kognitivních funkcí. Schuch et al. (2023) hodnotil úroveň kognitivních funkcí u pacientů závislých na kokainu a alkoholu, kdy nižšího skóre MMSE dosahovali pacienti se závislostí na alkoholu a odhalili, že na výsledku MMSE se výrazně odráží úroveň vzdělání jedinců. Nízká úroveň vzdělání byla spojena s nižším skóre MMSE ve všech skupinách závislosti ve srovnání s úrovní vysokého vzdělání. Dále uvádí, že přestože se ve všech dostupných pracích u pacientů projevil kognitivní deficit, jen málo prací hodnotí kognitivní funkce pomocí MMSE. Xu et al. (2009) sledovali úroveň kognitivních funkcí za pomoci MMSE u celkem 176 pacientů po dobu 2 let, avšak upravili si hodnotící škály dle úrovně vzdělání a věku. Během 2 let 15 pacientů zemřelo, 13 se přestalo účastnit dalšího testování a u celkem 66 pacientů se rozvinula demence různého stupně. Ve své práci také uvádí, že pacienti závislí na tvrdém alkoholu mají větší predispozici pro vznik demence než abstinenti, a mírné popíjení alkoholu po dobu 2 let vede k rozvoji lehkého kognitivního deficitu.

Sarkar et al. (2017) sledoval 40 pacientů závislých na alkoholu po dobu 2 týdnů a k určení vývoje kognitivních funkcí byl použit MMSE. Pro kognitivní dysfunkci bylo zachováno hraniční skóre 24 bodů. Přesný výsledek své práce však neuvádí, pouze závěrem práce podotýká, že u pacientů byl přítomen kognitivní deficit a pro komplexnější zhodnocení doporučuje neuropsychologické hodnocení. Da Silva Luz et al. (2020) ve své práci upravili hraniční skóre pro pacienty s DT na 24 bodů normální stav, 19-23 bodů lehký kognitivní deficit a pod 18 těžká kognitivní porucha.

Navzdory skutečnosti, že American Academy of Neurology ve svém doporučení navrhla MMSE jako vhodné testování pro včasný záchyt poruch kognitivních funkcí, mnozí autoři pochybují o přesnosti tohoto testování. Nikolai et al. (2014) ve své práci uvádí, že MMSE má nízkou senzitivitu pro rozpoznání mírné kognitivní poruchy a považuje jej za nevhodný, neboť nedostatečně hodnotí složku kognitivních funkcí jako je paměť, k čemuž se ve své práci přiklání taktéž Ridleya (2017) a Bartoš (2017). Pro zefektivnění testu autoři doporučují využít krátké specifické testy hodnotící kognitivních funkcí jako je např. Test pojmenování obrázků a jejich vybavení nebo Test kreslení hodin (Goldemund a Telecká, 2008).

V našich kazuistikách se nepodařilo zachytit žádného pacienta s demencí středního nebo těžkého stupně. Výsledky dvou pacientů dosahovaly v prvním hospitalizačním dnu bodové skóre demence mírného až středně těžkého stupně. Další dva pacienti měli

v MMSE hraniční nález a jeden pacient normální stav. V třetím hospitalizačním dnu dosahovali čtyři pacienti normálního stavu a jeden hraničnímu nálezu. V pátém hospitalizačním dnu pak všichni pacienti dosahovali normálního stavu dle MMSE.

Dohledat konkrétní hodnoty výsledků MMSE u pacientů s DT se u českých ani cizojazyčných autorů nepodařilo. Tento nedostatek publikovaných informací nastiňuje možnost, jakým směrem se v praxi ubírat. Bylo by v budoucnu vhodné zjistit, zda je MMSE vůbec vhodným kognitivním testem, neboť spousta autorů zmiňuje jeho nedostatky, zejména v hodnocení oblasti paměti. Dále je nutné zvážit, zda není třeba upravit hodnotící škály a přizpůsobit se např. i úrovni vzdělání pacienta. Realizace obnáší zahrnout větší vzorek pacientů a hodnotit výsledky průběžně po delší čas, kde by bylo možné sledovat kognitivní změny i v důsledku dlouhodobého působení alkoholu.

Třetím cílem práce bylo porovnat vývoj soběstačnosti v ADL dle BI v prvním, třetím a pátém dnu hospitalizace. Gupta et al. (2020) prováděli výzkum na straších pacientech, kteří konzumovali alkohol a dle výsledků BI byli pacienti popíjející alkohol při vykonávání ADL závislí na pečovateli. V souladu s touto prací jsou i výsledky práce Kadota et al. (2011), kteří uvádí, že mezi rizikovými faktory souvisejícími s nesoběstačností v ADL patří popíjení alkoholu. Da Silva Luz et al. (2020) sledovali ve své práci kvalitu života a soběstačnost 216 pacientů během jednoho roku. Celkem zachytili 127 pacientů s DT, kteří dle výsledků vykazovali větší funkční závislost dle BI než pacienti bez DT. Dle našich zpracovaných kazuistik je patrné provázání snížení soběstačnosti dle BI a snížení úrovně kognitivních funkcí dle MMSE, kdy výsledek BI má vliv MMSE. Tento názor podporuje i práce Da Silva Luz et al. (2020), ve které autoři uvádí, že pacienti s DT, kteří jsou dle BI nesoběstační (BI pod 60 bodů) dosahují při MMSE nižší úrovně kognitivních schopností.

Dle dostupných prací a kazuistik nebyly dohledány výsledky podrobného hodnocení soběstačnosti u pacientů s DT dle BI nebo jiného testu soběstačnosti. Všechny dohledané práce sledovaly soběstačnost pacientů dle BI pouze v delším časovém intervalu, než je pět dnů a nelze tyto výsledky s našimi porovnat. První hospitalizační den se v našich pěti kazuistikách setkáváme dle BI s pacienty se závislostí vysokého stupně (první kazuistika), středního stupně (druhá kazuistika), lehkého stupně (třetí a pátá kazuistika) a soběstačným pacientem (čtvrtá kazuistika). Funkční nezávislost, případně závislost pacienta, je vázaná na vážnost delirantního stavu pacienta. Tkacheva et al. (2017) ve své práci uvádí, že pokles soběstačnosti má významnou souvislost se samotným nástupem DT během hospitalizace.

Tento postoj je v souladu s našimi kazuistikami, neboť přijatí pacienti měli nižší skóre v BI první hospitalizační den při přijetí, kdy jim bylo diagnostikováno DT, než v průběhu třetího a pátého dne, kdy podstupovali léčbu. Při hodnocení BI třetí hospitalizační den, došlo ke zlepšení soběstačnosti u všech pacientů, ale jen tři pacienti byli vyhodnoceni jako plně soběstační. V pátém dnu všech pět pacientů dosahovalo v BI 100 bodů (plně nezávislý pacient).

V první a druhé kazuistice byli pacienti opakovaně přijati pro stejnou lékařskou diagnózu a při přijetí v těžším zdravotním stavu než pacienti ve zbývajících kazuistikách. Lze tak usoudit, že u těchto pacientů docházelo k pomalejšímu návratu k plné soběstačnosti. U všech kazuistik je patrné, že efektivní zacílení léčby DT je provázáno zlepšením soběstačnosti pacienta. Je však zapotřebí dalšího zkoumání, abychom pochopili, jak se mění soběstačnost u pacientů závislých na alkoholu. Dalším limitem je stejně jako u testování MMSE, malý vzorek pacientů a krátká doba sledování změn BI.

Čtvrtým cílem práce bylo zaznamenat a porovnat vývoj příjmu a výdeje tekutin v prvním, třetím a pátém dnu hospitalizace.

Ve sledovaných kazuistikách byl sledován výdej tekutin sběrem do sběrných nádob nebo PMK, kdy zápis celkové bilance probíhal po 24 hodinách. Příjem tekutin byl zapisován zdravotnickým personálem v průběhu 24 hodin. Aby byl příjem co nejpřesnější, spolupracující pacienti byli osloveni zapisovat si příjem tekutin samostatně na list papíru. Sharma (2003) doporučuje sledovat příjem a výdej tekutin každou hodinu a podle potřeby doplňovat u pacienta tekutiny. Mulkey a Olson (2020) uvádí, že u pacientů s DT se často vyskytuje těžká dehydratace, a proto je vhodné u těchto pacientů sledovat bilanci tekutin. Toto tvrzení v porovnání s našimi kazuistikami splňuje pouze pacient v první, třetí a páté kazuistice, a to v prvních hospitalizačních dnech, při čemž u třetího a pátého pacienta nelze první den sledovat bilanci tekutin za 24 hodin, neboť byli přijati v pozdních odpoledních hodinách. V průběhu třetího a pátého hospitalizačního dne nedošlo ani u jednoho z pacientů k dehydrataci.

Práce, které by podrobně hodnotily bilanci tekutin, nebyly dohledány. Autoři pouze odkazují na nutnost pravidelného sledování bilance tekutin z důvodu možného vzniku dehydratace a objemového přetížení pacienta.

DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Na základě získaných výsledků z kazuistik bychom chtěli doporučit změnu hodnocení ošetrovatelských problémů za pomoci ošetrovatelských diagnóz dle NANDA International.

Ošetrovatelský problém riziko vzniku infekce z důvodu zavedení PŽK by bylo vhodné nahradit ošetrovatelskou diagnózou dle NANDA International riziko vaskulárního traumatu. Navíc u pacientů závislých na alkoholu by měla být i hodnocena a sledována ošetrovatelská diagnóza dle NANDA International neefektivní péče o zdraví, neboť ji považujeme za důležitý aspekt léčby. Vhodné je také sledovat ošetrovatelskou diagnózu dle NANDA International riziko narušené funkce jater, aby všeobecné sestry měly povědomí o tom, že závislost na alkoholu se negativně odráží na funkci jater.

Bylo by také vhodné začít používat, namísto MMSE, jiný test kognitivních funkcí a vybrat takový, který bude adekvátněji hodnotit paměťové funkce. Mezi vhodné kognitivní testy navrhuje například Adenbrookský kognitivní test nebo Montrealský kognitivní test. Adenbrookský kognitivní test je celkově podrobnější a časově náročnější, jeho senzitivita je 96,6 % při hraničním skóre 83 bodů a 100 % při hraničním skóre 88 bodů. Jedná se o testování, které je senzitivnější k detekci kognitivního deficitu než MMSE (senzitivita 63 %). Montrealský kognitivní test je rychlý dvoustránkový test, jehož senzitivita pro stanovení demence je 90 %. Abychom plně porozuměli tomu, zda se u závislých pacientů na alkoholu kognitivní funkce mění, navrhuje pacienty testovat dlouhodobě. Tuto funkci by mohla zastávat například všeobecná sestra v ordinaci u praktického lékaře, kdy by pacient, u kterého je podezření na závislost na alkoholu nebo závislost byla již prokázána, podstupoval preventivní screeningový test volený z výše navrhovaných testů.

Po prostudování dostupných cizojazyčných prací jsme se inspirovali, využitím nástroje CIWA-Ar. (Mulkey a Olsons, 2020). Testování a hodnocení pomocí CIWA-Ar je sice záležitostí lékařského posouzení, které má umožnit lepší záchyt DT závislých na alkoholu. Používání v úzké týmové spolupráci s všeobecnou sestrou by mohlo zlepšit ošetrovatelské sledování pacienta, zejména pak v problematice účinku podávané farmakoterapie a mířit dopady následků DT.

V kapitole nefarmakologická léčba, jsme se zmiňovali o vhodném prostředí, do kterého je vhodné umístit pacienta s DT. Bylo by žádoucí v průběhu hospitalizace zajistit pacientovi s DT samostatný vhodně osvětlený pokoj, abychom eliminovali noční halucinace.

ZÁVĚR

Tato bakalářská práce se zabývala ošetrovatelskou péčí u pacientů s delirium tremens. Autorka práce si toto téma zvolila, neboť se při své praxi velmi často setkávala s lékařskou diagnózou F10.4 Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním alkoholu odvykací stav s deliriem.

Závislost na alkoholu si dle Gupta et al. (2020) připisuje 3,3 milionům úmrtí neboli 5,9 % všech celosvětových úmrtí. Péče o pacienty závislé na alkoholu výrazně zvyšuje náklady na zdravotní péči, neboť samotné účinky deliria tremens mohou trvat dlouhou dobu. U starších lidí může DT vést k vyšší mortalitě, delším pobytům v nemocnici a je spojeno se zvýšeným rizikem invalidity, ztráty nezávislosti a pozdějším rozvojem demence.

Teoretická část této bakalářské práce byla rozdělena do dvou kapitol. První kapitola pojednávala o samotném deliriu tremens o jeho patofyziologických mechanismech, klinickém obrazu a průběhu, zaměřuje se na komplikace s ním spojené a na hlavní rizikové faktory. Dále se věnovala diagnostice a konkretizaci testů zvolených pro hodnocení kognice, tj. Mini-Mental State Examination a hodnocení soběstačnosti v ADL, tj. Barthel Index. Druhá kapitola teoretické části popisovala ošetrovatelskou péči o pacienta s delirium tremens, která porovnává dostupné české i cizojazyčné práce, které popisují nejefektivnější přístup v ošetrovatelské praxi u těchto pacientů.

Praktická část byla zpracována kvalitativní metodou formou pěti kazuistik. V kazuistikách jsou popisováni 2 ženy a 3 muži hospitalizovaní na interním oddělení s lékařskou diagnózou F10.4 Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním alkoholu odvykací stav s deliriem. Tito pacienti byli testováni za pomoci Mini-Mental State Examination a Barthel Index v prvním, třetím a pátém hospitalizačním dnu. Hlavním cílem praktické části bylo sledovat stanovená kritéria ošetrovatelské péče u pacientů s delirium tremens.

Bylo zjištěno, že dle dostupných prací a provedených kazuistik mezi hlavní ošetrovatelské problémy v průběhu prvního hospitalizačního dne patří riziko infekce z důvodu zavedení periferního žilního katetru a permanentního močového katetru, riziko sníženého objemu tekutin, zhoršená imobilita a riziko pádu. V třetím hospitalizačním dnu se navíc přidává riziko poruchy spánku. V pátém hospitalizačním dnu se u pacientů v našich kazuistikách zdravotní stav natolik zlepšil, že byl zaznamenán ošetrovatelský problém riziko infekce z důvodu zavedení periferního žilního katetru. V dostupných pracích jsme se však setkali i naopak s výrazným zhoršením stavu pacientů, s nutností následné intubace a převezením na jednotku intenzivní péče.

Jen velmi málo prací hodnotilo kognitivní funkce za pomoci Mini-Mental State Examination. Spousta autorů cizojazyčných prací se vyjadřuje ve svých pracích o poklesu kognice u pacientů závislých na alkoholu nebo s DT, konkrétní výsledky však neudává. Dle našich kazuistik při příjmu pacienta na interní oddělení, je dle výsledků patrné, že první hospitalizační den je dosažené bodové skóre pomoci Mini-Mental State Examination vždy nižší, než třetí a pátý den. Výsledky testování Mini-Mental State Examination u sledovaných pacientů v pátém hospitalizačním dnu poukazují na nepoškození kognice u všech hodnocených pacientů.

Při sledování Barthel Indexu u pacientů v našich kazuistikách jsme zjistili, že během prvního hospitalizačního dne jsme se setkali nižším bodovým skóre Barthel Indexu, než ve třetím a pátém hospitalizačním dnu. Zlepšení zdravotního stavu pacientů sledovaných v našich kazuistikách bylo provázeno vyššími hodnotami testovaného Barthel Indexu. Dle výsledků zpracovaných kazuistik a dostupných cizojazyčných prací je zřejmé, že výsledek Barthel Indexu má vliv na výsledky Mini-Mental State Examination. Ověřili jsme, že u pacientů v DT se zlepšením soběstačnosti v ADL dochází současně k lepšímu rozvoji kognitivních funkcí.

Dále jsme sledovali příjem a výdej tekutin a porovnávali výsledky s dostupnými pracemi. Ve sledovaných kazuistikách bylo zjištěno, že hodnoty bilance tekutin jsou v prvním hospitalizačním dnu velmi proměnné a tento fakt odkazuje na nutnost sledovat a přesně zapisovat bilanci tekutin jako prevenci dehydratace pacientů s delirium tremens. Tento názor podporují i dohledané cizojazyčné práce.

Závěrem se práce věnuje doporučení pro praxi, kde autorka práce odkazuje na možné zlepšení v ošetrovatelské diagnostice deliria tremens zavedením hodnocení ošetrovatelských diagnóz dle NANDA International, dále pak za pomoci využití podrobněji hodnotících kognitivních testů s lepší senzitivitou, než je Mini-Mental State Examination (např. hodnotící nástroj CIWA-Ar k rozpoznání závislosti na alkoholu).

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

ABBOTT, Robert D.; KADOTA, Aya; MIURA, Katsuyuki; HAYAKAWA, Takehito; KADOWAKI, Takashi et al., 2011. Impairments in Activities of Daily Living in Older Japanese Men in Hawaii and Japan. Online. *Journal of Aging Research*. Vol. 2011, s. 1-8. Dostupné z: <https://doi.org/10.4061/2011/324592>. [cit. 2024-05-02].

ACUNA-VARGAS, Sonia a THIBAUT, Florence, 2019. Cognition in psychiatry. Online. *Dialogues in Clinical Neuroscience*. Vol. 21, no. 3, s. 223-224. Dostupné z: doi: 10.31887/DCNS.2019.21.3/fthibaut. [cit. 2024-03-16].

BARTOŠ, Aleš, 2017. Pamatujete na POBAV–krátký test pojmenování obrázků a jejich vybavení sloužící ke včasnému zachytu kognitivních poruch. Online. *Neurologie pro praxi*. S. 5-10. Dostupné z: <https://www.neurologiepropraxi.cz/pdfs/neu/2018/88/02.pdf>. [cit. 2024-04-17].

BEDNAŘÍK, Aleš a ANDRÁŠIOVÁ, Mária, 2020. *Komunikace s nemocným: sdělování nepříznivých informací*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-2288-2.

BŮŘILOVÁ, Petra; DOLANOVÁ, Dana; PEŠÁKOVÁ, Edita a POKORNÁ, Andrea, 2023. *Metodika ke zpracování závěrečné práce pro vybrané nelékařské zdravotnické obory: Kazuistika, případová studie – CASE STUDY*. Online. In: [MUNI]. Brno. Dostupné z: https://is.muni.cz/do/rect/el/estud/lf/js23/metodika_prace/web/pages/05_pripadova_studie.html?kod=MPDE071;predmet=1274994;lang=en#kap5_1. [cit. 2024-05-10].

BYDŽOVSKÝ, Jan, 2008. *Akutní stavy v kontextu*. Praha: Triton. ISBN 978-80-7254-815-6.

CIESIELSKA Natalia; SOKOŁOWSKI, Remigiusz; MAZUR, Ewelina; PODHORECKA, Marta; POLAK-SZABELA, Anna et al. Is the Montreal Cognitive Assessment (MoCA) test better suited than the Mini-Mental State Examination (MMSE) in mild cognitive impairment (MCI) detection among people aged over 60? Meta-analysis. Online. *Psychiatria Polska*. Vol. 50, no. 5, s. 1039-1052. Dostupné z: doi: <https://doi.org/10.12740/PP/45368>. [cit. 2024-03-20].

COOK, Robert L.; CHUNG, Tammy; KELLY, Thomas M. a CLARK, Duncan B., 2005. Alcohol Screening in Young Persons Attending a Sexually Transmitted Disease Clinic. Online. *Journal of General Internal Medicine*. Vol. 20, no. 1, s. 1-6. Dostupné z: doi: 10.1111/j.1525-1497.2005.40052.x. [cit. 2024-04-01].

ČERTÍKOVÁ-CHÁBOVÁ, Věra, 2015. Hyponatremie. Online. *Interní medicína pro praxi*. Roč. 17, č. 3, s. 137-140. Dostupné z: <https://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2015/03/09.pdf>. [cit. 2024-03-18].

DA SILVA LUZ, Lúcia Fabiane; CALCAGNOTTO DOS SANTOS, Moreno; ALMEIDA RAMOS, Tiago; BALBÃO DE ALMEIDA, Clarissa; ROVER, Márcia Cristina et al., 2020. Delirium and quality of life in critically ill patients: a prospective cohort study. Online. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*. Vol. 32, no. 3, s. 426-432. ISSN 0103507X. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7595710/>. [cit. 2024-04-24].

DAVEY, R. J. a JAMIESON, S., 2004. The validity of using the mini mental state examination in NICE dementia guidelines. Online. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*. Vol. 75, no. 2, s. 341–345. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1738900/pdf/v075p00343a.pdf>. [cit. 2024-04-10].

DOSTÁLOVÁ, Šárka. *Hodnocení kognitivních funkcí u pacientů po CMP*. Online. Diplomová práce. Kateřina Wolfová (vedoucí práce). Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, Fakulta zdravotnických věd. 2020. Dostupné z: https://theses.cz/id/f2c4d8/Dostalova_Sarka_Hodnoceni_kognitivnich_funkci_u_pacientu_.pdf. [cit. 2024-04-05].

DREISIG, Michal a KAŠPÁREK, Tomáš, 2013. Komplikace odvykacího stavu při závislosti na alkoholu-diagnostika a léčba. Online. *Psychiatrie pro praxi*. Roč. 14, č. 1, s. 18-20. Dostupné z: <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2013/01/05.pdf>. [cit. 2024-04-15].

DUŠEK, Karel a VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, Alena, 2010. *Diagnostika a terapie duševních poruch*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1620-6.

ELLEPOLA, Sachini; NADEESHA, Nethuli; JAYAWICKRAMA, Ishara; WIJESUNDARA, Anjali; KARUNATHILAKA Nimantha et al., 2022. Quality of life and physical activities of daily living among stroke survivors; cross-sectional study. Online. *Nursing Open*. Vol. 9, no. 3, s. 1635-1642. Dostupné z: doi: 10.1002/nop2.1188. [cit. 2024-03-20].

FIBIGR, Ondřej a PAUK, Nobert, 2017. Pneumonie v praxi všeobecného lékaře a její léčba. Online. *Medicína pro praxi*. Roč. 14, č. 3, s. 123-126. Dostupné z: <https://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2017/03/04.pdf>. [cit. 2024-03-20].

FRANKOVÁ, Vanda, 2007. Delirium ve vyšším věku. Online. *Psychiatrie pro praxi*. Roč. 2, s. 56-59. Dostupné z: <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2007/02/02.pdf>. [cit. 2024-03-20].

GOLDEMUND, David a TELECKÁ, Sabina, 2006. Kognitivní poruchy a deprese u pacientů s cévním onemocněním mozku. Online. *Neurologie pro praxi*. Roč. 4, s. 185-188. Dostupné z: <https://www.neurologiepropraxi.cz/pdfs/neu/2006/04/03.pdf>. [cit. 2024-04-28].

GROVER, Sandeep a GHOSH, Abhishek, 2018. Delirium Tremens (DT): Assessment and Management. Online. *Journal of Clinical and Experimental Hepatology*. Vol. 8, no. 4, s. 460-470. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.jceh.2018.04.012>. [cit. 2024-03-15].

GUPTA, Aakriti; BELWAL, Ravi; RAMAKRISHNAN, Lakshmy; KHENDUJA, Preetika a KAPIL, Umesh, 2020. Association of tobacco and alcohol consumption with cardiovascular risk factors among elderly population in India. Online. *Journal of Family Medicine and Primary Care*. Vol. 9, no. 10, s. 5242-5248. Dostupné z: doi: 10.4103/jfmpe.jfmpe_628_20. [cit. 2024-05-01].

HRNČIAROVÁ, Jela, 2015. Závislost na návykových látkách. In: HOSÁK, Ladislav; HRDLIČKA, Michal; LIBIGER, Jan, et al. *Psychiatrie a pedopsychiatrie*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, s. 157-158. ISBN 978-80-246-2998-8.

CHVAL, Josef, 2007. Delirium tremens. Online. *Psychiatrie pro praxi*. Roč. 8, č. 6, s. 254-256. Dostupné z: <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2007/06/04.pdf>. [cit. 2024-02-04].

JESSE, S.; BRÄTHEN, G.; FERRARA, M.; KEINDL, M.; BEN-MENACHEM, E. et al., 2016. Alcohol withdrawal syndrome: mechanisms, manifestations, and management. Online. *Acta Neurologica Scandinavica*. Vol. 135, no. 1, s. 4-16. Dostupné z: doi: 10.1111/ane.12671. [cit. 2024-04-05].

JIRÁK, Roma, 2020. *Deliria z pohledu psychiatra*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7492-461-3.

JIRKOVSKÝ, Daniel et al., 2012. *Ošetrovatelské postupy a intervence-učebnice pro bakalářské a magisterské studium*. Praha: Fakultní nemocnice v Motole. ISBN 978-80-87347-13-3.

JOSHI, Sulochana; SHRESTHA, Eloma a SHAKYA, Rabi, 2021. Prevalence and Characteristics of Patients With Delirium Tremens: A Cross Sectional Study. Online. *Journal of Psychiatrists' Association of Nepal*. Vol. 10, no. 4. Dostupné z: doi: 10.2478/pielxxiw-2021-0032. [cit. 2024-05-05].

KAFLE, Paritosh; MANDAL, Amrendra Kumar; SHRESTHA, Binav; BHATTRAI, Bikash; BHANDARI, Manjul et. al., 2019. Twenty-Eight-Day-Long Delirium Tremens. Online. *Journal of Investigative Medicine High Impact Case Reports*. Vol. 7. Dostupné z: doi: 10.1177/2324709619847228. [cit-2024-02-05].

KALAYASIRI, Rasmon a SEREEDENCHAI, Pairoj, 2022. Associated factors of delirium tremens in the inpatients receiving psychiatric consultation-liaison service for alcohol-related problems. Online. *Chulalongkorn Medical Journal*. Vol. 66, no. 1, s. 57-64. Dostupné z: doi: <https://doi.org/10.58837/CHULA.CMJ.66.1.8>. [cit. 2024-03-08].

KANG, Jae Myeong; CHO, Young-Sung; PAEK, Soowon; LEE, Byung Ho; SOHN, Bo Kyung et al., 2018. Montreal cognitive assessment reflects cognitive reseve. Online. *BMC Geriatrics*. Vol. 18, no. 1, s. 261. Dostupné z: doi: 10.1186/s12877-018-0951-8. [cit. 2024-04-10].

KAPOUNOVÁ, Gabriela, 2020. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. 2., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing. Sestra (Grada). ISBN 978-80-271-0130-6.

KASPER, Heinrich, 2015. *Výživa v medicíně a dietetika*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4533-6.

KAYE, Alan D.; STASER, Amanda N.; MCCOLLINS, Tiombe S.; ZHENG, Jackson; BERRY, Fouad A. et. al., 2024. Delirium Tremens: A review of Clinical Studies. Online. *Journal of Medical Science*. Vol. 16, no. 4, s. 1-8. Dostupné z: doi: 10.7759/cureus.57601. [cit. 2024-04-05].

KNIGHT, Erin a LAPPALAINEN, Leslie, 2017. Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol-Revised might be an unreliable tool in the management of alcohol withdrawal. Online. *Canadian Family Physician*. Vol. 63, no. 9, s. 691-695. Dostupné z: <https://www.cfp.ca/content/63/9/691.short#F1>. [cit. 2024-04-05].

LEKAMWASAM, S.; KARUNATILAKE, K. a KANKANAMGE, S. K. P., 2011. Physical dependency of elderly and physically disabled; measurement concordance between 10-item Barthel index and 5-item shorter version. Online. *Ceylon Medical Journal*. Vol. 56, no. 3, s. 114–118. Dostupné z: doi: 10.4038/cmj.v56i3.3603. [cit. 2024-03-20].

LI, Yan; JIN, Yinghui; LI, Nan; ZHENG, Rui; MU, Wei et al., 2020. Benzodiazepines for treatment of patients with delirium excluding those who are cared for in an intensive care unit (Review). Online. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Vol. 2, s. 1-48. Dostupné z: doi: 10.1002/14651858.CD012670.pub2. [cit. 2024-04-05].

MAHONEY, Florence I. a BARTHEL, Dorothea W., 1965. Functional evaluation: The Barthel Index. Online. *Maryland State Medical Journal*. Vol. 14, p. 56-61. Dostupné z: <https://www.kcl.ac.uk/nmpc/assets/rehab/tools-bi-functional-evaluation-the-barthel-index.pdf>. [cit. 2024-03-20].

MAINEROVA, Barbora; PRASKO, Jan; LATALOVA, Klara; AXMANN, Karel; CERNA, Monika et al., 2015. Alcohol withdrawal delirium – diagnosis, course and treatment. Online. *Biomed Pap Med Fac Univ Palacky Olomouc Czech Repub*. Vol. 159, no. 1, s. 44-52. Dostupné z: <https://biomed.papers.upol.cz/pdfs/bio/2015/01/07.pdf>. [cit. 2024-03-25].

MALCOLM, Robert J., 2003. GABA Systems, Benzodiazepines, and Substance Dependence. Online. *Journal of Clinical Psychiatry*. Vol. 64, no. 3, s. 36-40. Dostupné z <https://www.psychiatrist.com/read-pdf/7581/>. [cit. 2024-03-10].

MALHOTRA, Savita; BASU, Debasish; GHOSH, Abhishek; KHULLAR, Madhu; CHUGH, Neera et al., 2018. An exploratory study of candidate gene (s) for Delirium Tremens: Adding the new cholinergic dimension to the conundrum. Online. *Asian Journal of Psychiatry*. Vol. 31, s. 137-141. Dostupné z: doi: <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2018.02.003>. [cit. 2024-04-05].

MANNING, Victoria; BETTERIDGE, Shai; WANIGARATNE, Shamil; BEST, David; STRANG, John et al., 2009. Cognitive impairment in dual diagnosis inpatients with schizophrenia and alcohol use disorder. Online. *Schizophrenia Research*. Vol. 114, s. 98-104. Dostupné z: doi: 10.1016/j.schres.2009.05.020. [cit. 2024-04-06].

MAŠLÁNIOVÁ, M.; MINAŘÍK, J. a ŠATNÝ, M., 2019. Delirium tremens jako komplikace odvykacího stavu pacientky závislé na alkoholu. Online. *Adiktologie*

v preventivní a léčebné praxi. Roč. 2, č. 2, s. 124-129. Dostupné z: <https://www.aplp.cz/delirium-tremens-jako-komplikace-odvykacihostavu-pacientky-zavisle-na-alkoholu/>. [cit. 2024-05-05].

MEZINÁRODNÍ KLASIFIKACE NEMOCÍ 10. REVIZE. 2023. F10-F19 – Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním psychoaktivních látek. Online. Dostupné z: <https://mkn10.uzis.cz/prohlizec/F10.4>. [cit. 2024-04-01].

MICHALAK, Ksawery a JACIUBEK, Marzena, 2020. Methods for the effective symptom assesment to detect delirium by nursing staff and paramedics, regardless where health services are provided. Online. *Pielęgniarstwo XXI wieku*. Vol. 20, no. 4, s. 236-243. Dostupné z: doi: 10.2478/pielxxiw-2021-0032. [cit. 2024-04-05].

MULKEY, Malissa A. a OLSON, DaiWai M., 2020. Delirium Tremens in the Older Adult. Online. *Journal of Neuroscience Nursing*. Vol. 52, no. 6, s. 316-321. Dostupné z: doi: 10.1097/JNN.0000000000000543. [cit. 2024-03-28].

NAVRÁTILOVÁ, Miroslava; SOBOTKA, Ladislav a ČEŠKOVÁ, Eva, 2000. *Klinická výživa v psychiatrii: teoretické předpoklady, praktická doporučení, osobní zkušenosti*. Praha: Maxdorf. ISBN 80-85912-33-3.

NEŠPOR, Karel; CSÉMY, Ladislav a NECHANSKÁ, Blanka, 2015. Regionální rozdíly v incidenci deliria tremens v Česku a jeho léčba. Online. *Alkoholismus a drogové závislosti*. Roč. 50, č. 2, s. 55-64. Dostupné z: <https://adzpo.sk/images/articles/adzpo-2015-50-2-055-064.pdf>. [cit. 2024-03-15].

NEŠPOR, Karel; HOLEŠŤOVÁ, Dana a ZIMA, Tomáš, 2005. Alkohol a poruchy minerálního a vodního hospodářství. Online. *Česká a slovenská psychiatrie*. Roč. 6, s. 331-332. Dostupné z: http://cspychiatr.cz/dwnld/CSP_2005_6_331_332.pdf. [cit. 2024-03-20].

NIKOLAI, Tomáš; ŠTĚPÁNKOVÁ, Hana a BEZDÍČEK, Ondřej, 2014. Mírná kognitivní porucha a syndrom demence-vyšetření kognitivních funkcí. Online. *Medicína pro praxi*. Roč. 116, č. 6, s. 275-278. Dostupné z: <https://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2014/06/08.pdf>. [cit. 2024-04-08].

PECINOVSKÁ, Olga, 2011. Delirium u závislostí na návykových látkách. Online. *Neurologie pro praxi*. Roč. 12, č. 5, s. 317-320. Dostupné z: <https://www.neurologiepropraxi.cz/pdfs/neu/2011/05/06.pdf>. [cit. 2024-04-02].

PETR, Tomáš a MARKOVÁ, Eva, 2017. *Ošetrovatelství v psychiatrii*. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4236-6.

PILCH, Roman, 2011. Delirium tremens – diagnostika a léčba. Online. *Psychiatrie pro praxi*. Roč. 12, č. 4, s. 153-155. Dostupné z: <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2011/04/05.pdf>. [cit. 2024-02-03].

PRAŠKO, Jan a LÁTALOVÁ, Klára, 2013. *Psychiatrie v primární péči*. Praha: Mladá fronta. Edice postgraduální medicíny. ISBN 978-80-204-2798-4.

PRAŠKO, Ján a LÁTALOVÁ, Klára, 2013. *Psychiatrie v primární péči*. Edice postgraduální medicíny. Praha: Mladá fronta. ISBN 978-80-204-2798-4.

PRUCKNER, Nathalie; BAUMGARTNER, Josef; HINTERBUCHINGER, Barbara; GLAHN, Alexander; VYSSOKI, Sandra et al., 2019. Thiamine Substitution in Alcohol Use Disorder: A Narrative Review of Medical Guidelines. Online. *European Addiction Research*. Vol. 25, no. 3, s. 103-110. Dostupné z: doi: 10.1159/000499039. [cit. 2024-03-25].

RAPPE, Sofia a WILKINSON, Sam, 2023. Counterfactual cognition and psychosis: adding complexity to predictive processing accounts. Online. *Philosophical Psychology*. Vol. 36, no. 2, s. 356-379. Dostupné z: doi:10.1080/09515089.2022.2054789. [cit. 2024-03-16].

RESSNER, Pavel; KONDRÁD, Jiří a BÁRTOVÁ, Petra, 2011. Delirium u geriatrických nemocných. Online. *Neurologie pro praxi*. Roč. 12, č. 5, s. 311-316. Dostupné z: <https://www.neurologiepropraxi.cz/pdfs/neu/2011/05/05.pdf>. [cit. 2024-03-10].

RIDLEY, Nicole; BATCHELOR, Jennifer; DRAPER, Brian; DEMIRKOL, Apo; LINTZERIS, Nicholas et al. 2017. Cognitive screening in substance users: Diagnostic accuracies of the Mini-Mental State Examination, Addenbrooke's Cognitive Examination–Revised, and Montreal Cognitive Assessment. Online. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*. S. 107-122. Dostupné z: <https://doi.org/10.1080/13803395.2017.1316970>. [cit. 2024-04-05].

RUSINA, Robert a BOLCEKOVÁ, Eva, 2016. Kognitivní postižení u gastrointestinálních a jaterních onemocnění. Online. *Neurologie pro praxi*. Roč. 17, č. 3, s. 145-148. Dostupné z: <https://www.neurologiepropraxi.cz/pdfs/neu/2016/03/03.pdf>. [cit. 2024-03-20].

SARKAR, Sukanto; CHOUDHURY, Sunayana; EZHUMALAI, Gem a KONTHOUJAM, Janet, 2017. Risk factors for the development of delirium in alcohol dependence syndrome:

Clinical and neurobiological implications. Online. *Indian Journal of Psychiatry*. Vol. 59, no. 3, s. 300-305. Dostupné z: doi: 10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry_67_17. [cit. 2024-05-02]

SHARMA, Veena, 2003. Delirium tremens—a case study. Online. *The Nursing Journal of India*. Vol. 94, no. 3, p. 66. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15310186/>. [cit.2024-05-06].

SCHUCH, Jaqueline B.; BECKER, Natália; RABELO-DA-PONTE, Francisco Diego; ORNELL, Felipe; FREITAS, Hellen J. M et. al., 2023. Assessment of cognitive functioning using the Mini Mental State Examination in men with alcohol and crack cocaine use disorder. Online. *Trends Psychiatry Psychother*. Vol. 45, s. 1-9. Dostupné z: <https://doi.org/10.47626/2237-6089-2022-0567>. [cit. 2024-05-06].

SOLA-MIRAVETE, Elena; LÓPEZ, Carlos; MARTÍNEZ-SEGURA, Estrella; ADELLLEIXA, Mireia; JUVÉ-UDINA, Maria Eulalia et al., 2018. Nursing assessment as an effective tool for the identification of delirium risk in older in-patients: A case-control study. Online. *Journal of Clinical Nursing*. Vol. 27, no. 1-2, s. 345-354. Dostupné z: doi: 10.1111/jocn.13921. [cit. 2024-04-09].

TKACHEVA, Olga N.; RUNIKHINA, Nadezda K.; VERTKIN, Arkadiy L.; VORONINA, Irina V., SHARASHKINA, Natalia V. et al., 2017. The diagnosis of delirium in an acute-care hospital in Moscow: what does the Pandora's box contain?. Online. *Clinical Interventions in Aging*. Vol. 12, s. 343-349. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5325105/pdf/cia-12-343.pdf>. [cit. 2024-05-02].

VÁGNEROVÁ, Marie, 2008. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 4., rozšř. a přeprac. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-414-4.

VOJNOVIC, Marko; PANTIC, Ivana; JANKOVIČ, Goran; STULIČ, Miloš; STOJKOVIŠ LALOŠEVIČ, Milica et al., 2024. EncephalApp Stroop Test as a Screening Tool for the Detection of Minimal Hepatic Encephalopathy in Patients with Cirrhosis - Single-Center Experience. Online. *Gastroenterology Insights*. Vol. 15, no. 1, s. 237-247. Dostupné z: doi: 10.3390/gastroent15010017. [cit. 2024-04-16].

WANG, Alex; PARK, Andrew; ALBERT, Ralph; BARRIGA, Alyssa; GOODRICH, Leigh et al., 2021. Iatrogenic Delirium in Patients on Symptom-Triggered Alcohol Withdrawal Protocol: A Case Series. Online. *Cureus*. Vol. 13, no. 6. Dostupné z: doi: 10.7759/cureus.15373. [cit. 2024-05-02].

WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2024. *Epilepsy*. Online. Dostupné z: https://www.who.int/health-topics/epilepsy#tab=tab_1. [cit. 2024-04-05].

XU, Gelin; LIU, Xinfeng; YIN, Qin; ZHU, Wusheng; ZHANG, Renliang et al., 2009. Alcohol consumption and transition of mild cognitive impairment to dementia. Online. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*. Vol 63, s. 43-49. Dostupné z: doi: 10.1111/j.1440-1819.2008.01904.x. [cit. 2024-04-21].

YOON, Jee-Eun; MO, Heejung; KIM, Dong Wook. a IM, Hee-Jin, 2022. Quantitative electroencephalographic analysis of delirium tremens development following alcohol-withdrawal seizure based on a small number of male cases. Online. *Brain and Behavior*. Vol. 12, no. 12, s. 1-9. Dostupné z: doi: 10.1002/brb3.2804. [cit. 2024-03-18].

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

ADL	Aktivita denního života (Aktivity daily living)
ALP	Alkalická fosfatáza
ALT	Alaninaminotransferáza
Amp.	Ampule
AST	Aspartátaminotransferáza
ATB	Antibiotika
AUDIT	Test pro identifikaci poruch působených užíváním alkoholu (The Alcohol Use Disorders Identification Test)
BI	Barthelův test základních všedních činností ADL (Barthel index)
CAGE	Screeningový dotazník CAGE (Cut, Annoyed, Guilt, Eye-opener)
CDT	Karbohydrát-deficientní transferin
Cl	Chlór
cm	centimetr
CMP	Cévní mozková příhoda
CNS	Centrální nervová soustava
CRP	C-reaktivní protein
CT	Výpočetní tomografie (Computed tomography)
DKK	Dolní končetiny
DT	Delirium tremens
EKG	Elektrokardiograf
EtG	Etylglukuronid
FR1/1	Fyziologický roztok
g	gram
GABA	Kyselina gamaaminomáselná
ggt.	Kapky

GMT	Gama-glutamyltransferáza
i. v.	Intravenózně
INR	Test srážlivosti krve
K	Kalium (Draslík)
kg	Kilogram
KO	Krevní obraz
M+S+B	Moč + Sediment + Bakteriologie
Mg	Magnesium (Hořčík)
mg	Miligram
MKN-10	Mezinárodní klasifikace nemocí
ml	Mililitr
mmHg	Milimetr rtuťového sloupce
mmol/l	Milimol na litr
MMSE	Mini-mental state examination
Na	Natrium (Sodík)
NANDA I	NANDA International
NH ₃	Amoniak
P	Poledne
p. o.	Per os
PMK	Permanentní močový katetr
PŽK	Periferní žilní katetr
R	Ráno
RTG	Rentgen
RZP	Rychlá zdravotnická pomoc
St. p.	Status post
ŠŽ	Štítná žláza

TK	Krevní tlak
UZ	Sonografie (ultrazvukové vyšetření)
V	Večer
VAS	Vizuální analogová škála
WHO	World Health Organization

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1: Záznamový arch kazuistiky č. 1	34
Tabulka 2: Medikace u kazuistiky č. 1	35
Tabulka 3 Záznamový arch kazuistiky č. 2	40
Tabulka 4 Medikace u kazuistiky č. 2	41
Tabulka 5 Záznamový arch kazuistiky č. 3	45
Tabulka 6 Medikace u kazuistiky č. 3	46
Tabulka 7 Záznamový arch kazuistiky č. 4	51
Tabulka 8 Medikace u kazuistiky č. 4	52
Tabulka 9 Záznamový arch kazuistiky č. 5	57
Tabulka 10 Medikace u kazuistiky č. 5	58

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha P I: Žádost o umožnění přístupu k informacím

Příloha P II: Žádost o umožnění výzkumného šetření

Příloha P III: Mini-Mental State Examination

Příloha P IV: Barthelův test základních všedních činností

Příloha P V: Písemný souhlas s hospitalizací

PŘÍLOHY

P I: ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ PŘÍSTUPU K INFORMACÍM

 Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ PŘÍSTUPU K INFORMACÍM

Obracíme se na Vás s žádostí o umožnění přístupu k informacím na Vašem pracovišti, pro níže uvedeného studenta. Tento student v rámci ukončení studia bude zpracovávat bakalářskou práci, jejíž součástí je teoretická a empirická část. K tomu, aby mohl práci dokončit, potřebuje pracovat s informacemi z Vašeho pracoviště. Student je poučen o povinné mlčenlivosti a ochraně dat, včetně důsledků, které mu při porušení mlčenlivosti hrozí. Jedná se o studenta 3. ročníku bakalářského studijního programu Všeobecné ošetřovatelství (prezenční – kombinovaná forma studia).

Jméno a příjmení studenta	Adéla Krahulová	
Téma bakalářské práce	Ošetrovatelská péče o pacienty s Delirium tremens	
Vedoucí bakalářské práce	Mgr. Jitka Hůsková, Ph.D. podpis	
Skupina respondentů	Participanti	
Pracoviště	Vyjádření vrchní sestry / vedoucího pracoviště (nehodící se škrtněte)	Podpis
Uherskohradištská nemocnice, Interní oddělení T	<input checked="" type="checkbox"/> Souhlasím <input type="checkbox"/> Nesouhlasím	
	Souhlasím Nesouhlasím	

Děkujeme za pochopení a spolupráci.

- 3 -04- 2024

Ve Zlíně dne

.....
ředitelka Ústavu zdravotnických věd

.....
razítko a podpis zástupce zařízení

P II: ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

 Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

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

Jméno a příjmení studentky	Adéla Krahulová	
Téma bakalářské práce	Ošetrovatelská péče o pacienty s Delirium tremens	
Vedoucí bakalářské práce	Mgr. Jitka Hůsková, Ph.D.	
 podpis	
Metoda výzkumu	Realizace kvalitativního výzkumu technikou kazuistiky	
Skupina respondentů	Participantů	
Pracoviště	Vyjádření vedoucího pracoviště (nehodící se škrtněte)	Podpis
Uherskohradištská nemocnice, Interní oddělení T	<input checked="" type="checkbox"/> Souhlasím <input type="checkbox"/> Nesouhlasím	
	<input type="checkbox"/> Souhlasím <input type="checkbox"/> Nesouhlasím	
	<input type="checkbox"/> Souhlasím <input type="checkbox"/> Nesouhlasím	


Děkujeme za pochopení a spolupráci.

Ve Zlíně dne 3. 04. 2024

.....
ředitelka Ústavu zdravotnických věd

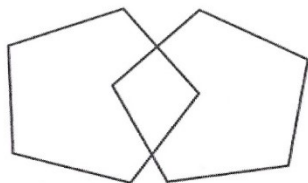
.....
razítko a podpis zástupce zařízení

P III: MINI-MENTAL STATE EXAMINATION

Místo pro nalepení identifikačního štítku	 Uherskohradištská nemocnice a.s.	MINI - MENTAL STATE EXAMINATION (MMSE)
Uherskohradištská nemocnice a.s. J.E. Purkyně 365, 686 68 Uherské Hradiště telefon: 572 529 111, e-mail: nemuh@nemuh.cz, IČ: 27 66 09 15 www.nemuh.cz		

<p>1. ORIENTACE - odpověď do 10 s</p> <p><input type="checkbox"/> Který je dnes den v týdnu? <input type="checkbox"/> Kolikátého je dnes? <input type="checkbox"/> Který je měsíc? <input type="checkbox"/> Který máme nyní rok? <input type="checkbox"/> Které je roční období? <input type="checkbox"/> Ve kterém státě se nacházíme? <input type="checkbox"/> Ve kterém jsme městě? <input type="checkbox"/> Ve kterém jsme kraji nebo oblasti? <input type="checkbox"/> Jak se jmenuje tato nemocnice / budova? <input type="checkbox"/> Na kterém poschodí se nacházíme? (body.....)</p> <p>2. ZAPAMATOVÁNÍ</p> <p>„Nyní vyjmenuji tři věci. Až je všechny vyjmenuji, budu chtít, aby jste je zopakoval. Dobře si je zapamatujte! Za několik minut se vás na tyto předměty znovu zeptám.“</p> <p>LOPATA ŠÁTEK VÁZA</p> <p>„A nyní prosím tato slova opakujte.“</p> <p><input type="checkbox"/> LOPATA <input type="checkbox"/> ŠÁTEK <input type="checkbox"/> VÁZA</p> <p>Bod přidejte za každou správnou odpověď. Pořadí je libovolné. Pokud není pacient schopen splnit úkol, opakujte výrazy, dokud si je nezapamatuje, maximálně však ještě pětkrát. Je to podmínka pro úkol číslo 4, tj. Vybavování. (body.....)</p> <p>3. POZORNOST A POČÍTÁNÍ</p> <p>„Nyní odečtete od 100 vždy 7, až odečtete pětkrát za sebou, skončete.“</p> <p>Jestliže udělá pacient chybu a od chybné hodnoty dál odečítá správně, počítejte pouze tuto chybu.</p> <p><input type="checkbox"/> 93 <input type="checkbox"/> 86 <input type="checkbox"/> 79 <input type="checkbox"/> 72 <input type="checkbox"/> 65 (body.....)</p> <p>Pokud pacient nechce počítat, vyzvěte jej: "Hláskujte pozpátku slovo POKRM."</p> <p><input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> P (body.....)</p> <p>Dejte vždy bod za každé správné písmeno.</p> <p>4. VYBAVOVÁNÍ</p> <p>„A teď, prosím zopakujte slova, která jsem vám před chvílí říkal.“ Za každou správnou odpověď přísluší jeden bod.</p> <p><input type="checkbox"/> LOPATA <input type="checkbox"/> ŠÁTEK <input type="checkbox"/> VÁZA (body.....)</p>	<p>5. POJMENOVÁNÍ PŘEDMĚTU</p> <p>"Co je to?" <input type="checkbox"/> ukažte hodinky "Co je to?" <input type="checkbox"/> ukažte tužku (body.....)</p> <p>6. OPAKOVÁNÍ</p> <p>Vyzvěte nemocného, aby po Vás opakoval následující větu:</p> <p>„Prostě tak a ne jinak.“ (body.....)</p> <p>Za odpověď celou větou přidejte pacientovi jeden bod. Ale jen je-li odpovězeno bezchybně na první pokus.</p> <p>7. STUPŇOVANÝ PŘÍKAZ</p> <p>Předložte před pacienta čistý papír a dejte mu tento úkol:</p> <p>„Nyní vezměte do pravé ruky tento papír, přeložte jej oběma rukama na půl a položte ho na zem.“</p> <p>1. stupeň : <input type="checkbox"/> uchopení papíru do pravice (body.....) 2. stupeň : <input type="checkbox"/> přeložení papíru na polovinu (body.....) 3. stupeň : <input type="checkbox"/> položení papíru na zem (body.....)</p> <p>8. ČTENÍ A PLNĚNÍ PŘÍKAZU</p> <p>Pacientovi ukažte kartičku s nápisem: ZAVŘETE OČI.</p> <p>Zároveň ho vyzvěte: "Přečtěte, co je tady napsáno a udělejte to!"</p> <p>Jeden bod přidejte pacientovi za splnění příkazu do 10 sekund, maximálně na tři pokusy. (body.....)</p> <p>9. PSANÍ</p> <p>Dejte pacientovi psací potřeby a papír a vyzvěte jej:</p> <p>„Napište libovolnou větu, která dává smysl.“</p> <p>Věta může obsahovat pravopisné chyby, musí ale mít smysl a musí obsahovat podmět a přísudek. (body.....)</p> <p>10. OBKRESLOVÁNÍ</p> <p>Dejte pacientovi bílé papíry a psací potřeby, vyzvěte jej, aby namaloval níže uvedený obrázek. Úkol může plnit na několik pokusů, ale v limitu jedné minuty. Nevadí rotace ani roztřesenost. Musí být ale zachovány všechny strany a všechny úhly. Průnik obou pětiúhelníků musí tvořit čtyřúhelník.</p>
---	--

Překreslete obrázek co nejpozději podle předlohy:



(body.....)

Dosažené skóre celkem:.....

HODNOCENÍ

Maximální počet je 30 bodů

27 - 30 bodů normální stav

25 - 26 bodů hraniční nález, možnost demence

10 - 24 bodů patologický nález, demence mírného až středně těžkého stupně

6 – 9 bodů demence středního až těžkého stupně

5 a méně bodů demence těžkého stupně

POZNÁMKY

PŘÍLOHA P IV: BARTHELŮV TEST ZÁKLADNÍCH VŠEDNÍCH ČINNOSTÍ

Barthelův test základních všedních činností (ADL – Activities of Daily Living)

Jméno pacienta:

Datum narození pacienta (věk):

	Činnost	Provedení činnosti	Bodové skóre*
1.	Příjem potravy a tekutin	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
2.	Oblékání	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
3.	Koupání	samostatně nebo s pomocí neprovede	5 0
4.	Osobní hygiena	samostatně nebo s pomocí neprovede	5 0
5.	Kontinence moči	plně inkontinentní občas inkontinentní trvale inkontinentní	10 5 0
6.	Kontinence stolice	plně inkontinentní občas inkontinentní trvale inkontinentní	10 5 0
7.	Použití WC	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
8.	Přesun lůžko – židle	samostatně bez pomoci s malou pomocí vydrží sedět neprovede	15 10 5 0
9.	Chůze po rovině	samostatně nad 50 m s pomocí 50 m na vozíku 50 m neprovede	15 10 5 0
10.	Chůze po schodech	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
Celkem			

Hodnocení stupně závislosti: **

- ADL 4** 0 – 40 bodů **vysoce závislý**
ADL 3 45 – 60 bodů **závislost středního stupně**
ADL 2 65 – 95 bodů **lehká závislost**
ADL 1 96 – 100 bodů **nezávislý**

* zaškrtněte jednu z možností

** zaškrtněte stupeň závislosti dle výsledku

P V: PÍSEMNÝ SOUHLAS S HOSPITALIZACÍ

uh+nemocnice

Uherskohradištská nemocnice a. s., J. E. Purkyně 365, 686 68 Uherské Hradiště
telefon: 572 529 111, e-mail: nemuh@nemuh.cz, IČ: 27 66 09 15, www.nemuh.cz

PÍSEMNÝ SOUHLAS S HOSPITALIZACÍ

Pacient: _____	RČ: _____
Bydliště: _____	ZP: _____
Zákonný zástupce: _____	Tel.: _____
Oddělení: _____	
Důvod přijetí do ústavní péče: _____	

1. Prohlašuji, že jsem byl(a) seznámen(a) s důvodem k mé²⁾ hospitalizaci a že **s hospitalizací souhlasím.**

V Uherském Hradišti dne _____ v _____ hod. _____ min.

_____ *podpis pacienta (zákonného zástupce)* _____ *jméno, příjmení a podpis lékaře*

V případě že se pacient nemůže podepsat:

důvod: _____,

způsob projevu souhlasu: _____,

jméno a příjmení svědka: _____, podpis svědka: _____.

2. Prohlašuji, že jsem byl(a) seznámen(a) s diagnostickou rozvahou, plánem péče a terapeutickými opatřeními.
3. Prohlašuji, že jsem se seznámil(a) a zavazuji se dodržovat *Domácí řád hospitalizovaných pacientů a Práva a povinnosti pacienta* (tyto dokumenty jsou mi v písemné podobě k dispozici na patientském pokoji). Výslovně se zavazuji dodržovat zákaz kouření a zákaz vnášení zbraní a dalších život a zdraví ohrožujících prostředků do nemocnice.
4. Prohlašuji, že jsem byl(a) informován(a) o možnosti vyplnit *Dotazník spokojenosti* a vhodit jej do určené schránky.
5. Beru na vědomí, že vizity prováděné ošetřujícím lékařem a primářské vizity jsou organizovány na patientských pokojích a souhlasím s tím, že budou vedeny v přítomnosti pacientů hospitalizovaných na daném pokoji (předávání informací bude prováděno diskrétně, s ohledem na pacientovo soukromí a stud, při respektování zákona o ochraně osobních údajů).
6. Beru na vědomí, že Uherskohradištská nemocnice a. s. je výukovým zdravotnickým zařízením a dávám tímto souhlas k nahlížení do mé zdravotnické dokumentace osobám podílejícím se na výuce.
7. Dávám tímto souhlas k nahlížení do zdravotnické dokumentace všem osobám vykonávajícím kontrolu kvality a úroveň poskytované péče, přičemž tyto osoby jsou vázány mlčenlivostí.
8. Prohlašuji, že jsem byl(a), jako poživatel důchodu, informován(a) o možnosti jeho doručování za předpokladu, že doba hospitalizace potrvá déle než 1 kalendářní měsíc. Souhlasím, aby byl po dobu mé hospitalizace důchod uložen v nemocniční pokladně.
9. V případě mého²⁾ zaviněného jednání, jimž dojde ke škodě na majetku nemocnice, se zavazuji takto vzniklou škodu v plné výši uhradit.

10. Souhlasím³⁾, aby syn/dcera (osoba mě svěřená do péče) byl(a), v případě propustky, vycházky nebo propuštění z oddělení předán(a) jiné osobě než je rodič nebo jiný zákonný zástupce či opatrovník: ANO – NE¹⁾, a to této osobě:

Jméno a příjmení: _____	Tel.: _____
Jméno a příjmení: _____	Tel.: _____

11. V souladu s vyhláškou č. 14/2005 Sb., o předškolním vzdělávání, v platném znění a vyhláškou č. 48/2005 Sb., o základním vzdělávání a některých náležitostech plnění povinné školní docházky, v platném znění souhlasím se zařazením³⁾ syna/dcery (osoby mně svěřené do péče) do mateřské/základní školy při zdravotnickém zařízení a s tím, že forma vzdělávání bude stanovena po dohodě s ošetřujícím lékařem.
12. Uděluji tímto poskytovateli zdravotních služeb souhlas, aby v souvislosti s poskytováním lékařské a ošetrovatelské péče v nezbytné míře pořizoval obrazovou a video dokumentaci o průběhu vyšetření, operace či ošetření, při maximálním respektování ochrany mé osobnosti. Tato fotodokumentace a video dokumentace je součástí mé zdravotnické dokumentace.
13. Souhlasím, aby o mém²⁾ zdravotním stavu byly informovány, případně do mé zdravotnické dokumentace byly oprávněny nahlížet, pořizovat si z ní výpisy, opisy či kopie, tyto osoby:

Jméno a příjmení: _____	Tel.: _____
Vztah k pacientovi: _____	Bydliště: _____
Oprávnění dostávat informace o zdravotním stavu: ANO – NE ¹⁾ , oprávnění nahlížet do dokumentace: ANO – NE ¹⁾ .	
<hr/>	
Jméno a příjmení: _____	Tel.: _____
Vztah k pacientovi: _____	Bydliště: _____
Oprávnění dostávat informace o zdravotním stavu: ANO – NE ¹⁾ , oprávnění nahlížet do dokumentace: ANO – NE ¹⁾ .	

14. Zakazuji podávat informace jakékoliv osobě o mém²⁾ zdravotním stavu ANO – NE¹⁾.
Zakazuji jakékoliv osobě nahlížet do mé²⁾ zdravotnické dokumentace ANO – NE¹⁾.
15. Uděluji Uherskohradištské nemocnici a.s. souhlas se zpracováním osobních údajů a prohlašuji, že jsem byl/a seznámen/a s tím, že informace o rozsahu a způsobu zpracování a dalších mých právech souvisejících s ochranou osobních údajů získám na všech odděleních a ambulancích.

V Uherském Hradišti dne _____ v _____ hod. _____ min.	
_____	_____
<i>podpis pacienta (zákonného zástupce)</i>	<i>jméno, příjmení a podpis zdravotnického pracovníka</i>
V případě že se pacient nemůže podepsat:	
důvod: _____	
způsob projevu souhlasu: _____	
jméno a příjmení svědka: _____, podpis svědka: _____	

¹⁾ nehodící se škrtněte

²⁾ v případě souhlasů dávaného rodičem nebo zákonným zástupce se rozumí hospitalizované dítě nebo osoba svěřená do péče

³⁾ je-li hospitalizovanou osobou dítě