

LATVIJAS UNIVERSITĀTE
MEDICĪNAS FAKULTĀTE
PROFESIONĀLĀ BAKALaura STUDIJU
PROGRAMMA “MĀSZINĪBAS”

**DELĪRIJA RISKĀ MAZINĀŠANAS PASĀKUMI PACIENTIEM AR
GŪŽAS KAULA KAKLIŅA LŪZUMU INTENSĪVAS TERAPIJAS
NODAĻĀ**

BAKALaura DARBS

Autore: Alekandrija Poluņina, AK

Stud. apl. Nr.: az17052

Darba vadītājs: Mg. paed., MBA Evija Bakša-Zveja

RĪGA 2020

ANOTĀCIJA

Pētījuma tēma ir “Delīrija riska mazināšanas pasākumi pacientiem ar gūžas kaula kakliņa lūzumu intensīvas terapijas nodaļā”.

Pēcoperācijas delīrijs ir bieži sastopams lielās ķirurģiskās operācijās. Delīrija attīstība ievērojami palielina nāves risku, ārstēšanas ilgumu, var novest pie pacientu invaliditātes un paaugstina veselības aprūpes izmaksas. Visbiežākā komplikācija, kas ir saistīta ar gūžas kaula kakliņa lūzumiem ir delīrijs. Tas padara delīriju par milzīgu slogu pacienta veselībai un veselības aprūpes sistēmai kopumā. Latvijā ir vērojama sabiedrības novecošanās – palielinās vecu iedzīvotāju īpatsvars. Epidemioloģiskie dati parāda pieaugošu gūžas lūzuma incidenci līdz ar populācijas vecuma palielināšanos.

Pētījuma mērķis ir noskaidrot, delīrija riska mazināšanas pasākumus pacientiem ar gūžas kaula kakliņa lūzumu intensīvās terapijas nodaļā.

Pētījuma uzdevumi ir :

1. Analizēt un apkopot darbam atbilstošo literatūru par delīrija riska mazināšanas pasākumiem pacientiem ar gūžas kaula kakliņa lūzumu intensīvās terapijas nodaļā;
2. Analizēt B. Nūmenas māsziņības teoriju, saistībā ar darba tēmu;
3. Izveidot intervijas jautājumus;
4. Intervēt māsas;
5. Apkopot un analizēt iegūtos datus;
6. Izstrādāt secinājumus un rekomendācijas

Pētījuma jautājums - Kādi ir delīrija riska mazināšanas pasākumi pacientiem ar gūžas kaula kakliņa lūzumu intensīvas terapijas nodaļā?

Lai sasniegtu pētījuma mērķi tika izvēlēta kvalitatīva pētījuma metode. Pētījuma instruments ir intervija ar 8 jautājumiem.

Rezultātā iegūtie dati liecina par to, ka lielākā daļa respondentu savā darba pieredzē intensīvās terapijas nodaļā biežāk ir saskaršies ar pacientiem pēcoperācijas periodā. Puse no respondentiem savā atbildē neminēja dezorientāciju, ka delīrija izpausmi. Lielākā daļa respondentu standartizētas skalas savā darbā nepielieto. Par galveno nefarmakoloģisko metodi respondenti uzskata komunikāciju ar pacientu. Uzsvars tiek likts uz sedatīvo medikamentu pielietošanu (antipsihotiķi, benzodiazepīni, opioīdi) delīrija ārstēšanā, ka arī, lielāka daļa no respondentiem uzskata, ka pacientu ir nepieciešams piefiksēt delīrijā gadījumā.

Atslēgas vārdi: delīrijs, delīrija riska mazināšanas pasākumi, gūžas kaula kakliņa lūzums, intensīvā terapija.

ANNOTATION

The subject of the study is “Measures to reduce the risk of delirium in patients with a femoral neck fracture in the intensive care department”.

Postoperative delirium is common in major surgeries. The development of delirium significantly increases the risk of death, the duration of treatment, can lead to patients and increases the cost of health care. The most common complication associated with hip fractures is delirium. This makes delirium a huge burden for patient's health and the healthcare system in general. Latvia has aging population - the proportion of the elderly population is increasing. Based on epidemiological data there is an increasing amount of incidence of hip fractures with increase of populations age.

The aim of the study was to determine the risk reduction measures for delirium in patients with femoral neck fracture in the intensive care unit.

Tasks of the research are:

1. To analyse and summarize the relevant literature on delirium risk reduction measures in patients with hip fractures in the intensive care unit.
2. To analyse B. Numan's theory of nursing, in connection with the topic of the work.
3. Create questions for interview.
4. Interview nurses.
5. Summarize and analyse the obtained data.
6. Develop conclusions and recommendations.

Study question - What are the risk reduction measures for delirium in patients with a femoral neck fracture in the intensive care unit?

In order to achieve the goal of the research, a qualitative research method was chosen. The research tool is an interview with 8 questions.

The resulting data show that majority of respondents, during their work in the intensive care unit, have encountered patients in the postoperative period more often. Half of the respondents did not mention the disorientation as the manifestation of delirium in their answers. Most respondents do not use standardized scales in their work. Respondents consider communication with the patient to be the main non-pharmacological method. Emphasis is placed on the use of sedative drugs (antipsychotics, benzodiazepines, opioids) in the treatment of delirium. Also, majority of respondents believe that the patient needs to be fixated in case of delirium.

Key words: delirium, measures to reduce the risk of delirium, femoral neck fracture, intensive care department.

SATURS

APZĪMĒJUMU SARAKSTS.....	5
IEVADS	6
B. ŅŪMENAS TEORIJA SAISTĪBA AR DELĪRIJA RISKU MAZINĀŠANAS PASĀKUMIEM PACIENTIEM AR GŪŽAS KAULA KAKLIŅA LŪZUMU INTENSĪVAS TERAPIJAS NODAĻĀ.....	8
1. APTUMŠOTAS APZIŅAS SINDROMI.....	10
1.1. Delīrija raksturojums	13
1.2. Delīrija riska faktori un cēloņi	15
2. DELĪRIJS INTENSĪVĀS TERAPIJAS NODAĻĀ	18
2.1 Delīrija diagnostika intensīvās terapijas nodaļā.....	20
2.2. Delīrija novēršana un ārstēšana intensīvās terapijas nodaļā	23
PĒTĪJUMA METODOLOĢIJA.....	26
SECINĀJUMI UN REKOMENDĀCIJAS	35
LITERATŪRAS AVOTI	36
PIELIKUMI.....	40
1.pielikums.....	41
Dažādu faktoru ietekme delīrija attīstībā	41
2.pielikums	42
INTERVIJAS JAUTĀJUMI	42
3. pielikums	43
KONTENTANALĪZE	43
3. pielikuma turpinājums	44

APZĪMĒJUMU SARAKSTS

ITN – intensīvās terapijas nodaļa (ICU – intensive care unit)

CNS – centrālā nervu sistēma

CAM (*The Confusion Assessment method* - apjukuma novērtēšanas metode

CAM – ICU (*The Confusion Assessment method for the ICU*) - apjukuma novērtēšanas metode intensīvās terapijas nodaļā

MPV – makslīgā plaušu ventilācija

Hb - hemoglobīns

ICDSC (*The Intensive Care Delirium Screening Checklist*) - delīrija novērojuma veidlapa intensīvās terapijas nodaļā

SCCM (*Society of Critical Care Medicine*) - kritiskās medicīniskās aprūpes sabiedrība

PADIS - sāpju, uzbudinājuma, delīrija, nekustības un miega traucējumu vadlīnijas

HOPS - hroniska obstruktīva plaušu slimība

RASS (*Richmond Agitation-Sedation Scale*) - Ričmonda uzbudinājuma – sedācijas skala

DSM-IV - garīgo traucējumu diagnostikas un statistikas rokasgrāmata

g/l – grami litrā

ml – mililitri

DSM - delīrija diagnostikas standarts

IEVADS

Intensīvās terapijas nodaļā (ITN) pacienti mēdz atrasties ilgu laika periodu. Dažādi faktori ietekmē delīrija veidošanos ITN. Delīrijs ir izplatīta un bīstama komplikācija pacientiem ar gūžas kaula kakliņa lūzumu intensīvas terapijas nodaļā.

Gūžas kaula kakliņa lūzumi ir bieži sastopama patoloģija traumatoloģijas un ortopēdijas ārstu praksē. Osteosintēze un endoprotezēšana ar cervikokapitālo protēzi uzskatāma par pamata ķirurģiskās ārstēšanas metodēm, ārstējot nedislocētus augšstilba kaula kakliņa lūzumus. Pacientu populāciju lielākoties veido vecāka gadagājuma cilvēki ar daudzām blakus slimībām un lielu ietekmi uz veselības sistēmas izmaksām (1).

Ir identificēti vairāki riska faktori, kas saistīti ar gūžas kaula lūzumiem. Starp šiem faktoriem vissvarīgākais ir vecums. Sistemātiskajā pārskatā tika secināts, ka gūžas kaula lūzumi biežāk tiek konstatēti vecākiem cilvēkiem (2). Latvijā ir vērojama sabiedrības novecošanās – palielinās vecu iedzīvotāju īpatsvars (3). Epidemioloģiskie dati parāda pieaugošu gūžas lūzuma incidenci līdz ar populācijas vecuma palielināšanos (4). Gūžas kakliņu lūzuma gadījumu skaits diemžēl nesamazinās, jo ir izplatīta osteoporozē, kas samazina kaulu izturību vielmaiņas vai citu iemeslu dēļ. Ja pacients ilgstoši paliek gultā un netiek nodrošināta pilnvērtīga rehabilitācija, viņš zaudē līdzšinējo kustību un aktivitātes līmeni, kā arī kognitīvās jeb prāta spējas, jo asins zuduma dēļ smadzenes netiek apgādātas ar barības vielām. Psiholoģiskie simptomi bieži parādās neilgi pēc intensīvās terapijas nodaļā pavadītām dienām un var samazināties laika gaitā, tomēr dažiem pacientiem pieredze stacionārā var izsaukt depresiju, trauksmi un citas garīgās veselības problēmas rehabilitācijas laikā.

Pēcoperācijas delīrijs notiek 17–61% pēc lielām ķirurģiskām operācijām. Perioperatīvā periodā delīrijs ir nopietna komplikācija vecākiem cilvēkiem. Delīrija epizode izraisa klīnisku notikumu virkni, kas palielina medicīniskās aprūpes izdevumus – pēcoperācijas sarežģītumus, prolongētu sedāciju, ilgstošu hospitalizāciju intensīvās terapijas nodaļā un stacionārā, funkcionālās neatkarības zudumu, pazeminātu kognitīvo funkciju un nāvi. Delīrija attīstība ievērojami palielina nāves risku, ārstēšanas ilgumu un noved pie pacientu invaliditātes, paaugstina veselības aprūpes izmaksas. Tāpēc delīrijs, iespējams, ir katastrofāls stāvoklis, tas ir milzīgs slogs pacienta veselībai un veselības aprūpes sistēmai kopumā (5).

Medicīniskais personāls bieži nenovērtē šo stāvokli un tas noved pie nepietiekamas ārstēšanas. Pareizai delīrija vadībai galvenie faktori ir agrīna riska faktoru identificēšana, novērtēšana un mazināšana.

Autore izvēlējās veikt pētījumu par šo tēmu, lai noskaidrotu, kādi ir delīrija riska mazināšanas pasākumi pacientiem ar gūžas kaula kakliņa lūzumu intensīvās terapijas nodaļā.

Šajā pētījuma tiks pielietota kvalitatīvā pētniecības metode – intervija, autore intervēs māsas, kas strādā intensīvās terapijas nodaļā un ikdienā saskaras ar pacientiem kuriem ir diagnosticēts gūžas kaula kakliņa lūzums.

Intensīvās terapijas nodaļā katru dienu tiek stacionēti pacienti ar gūžas kaula kakliņa lūzumu, tāpēc ir svarīgi zināt delīrija riska mazināšanas pasākumus. Pēc pētījuma rezultātiem autore izstrādās secinājumus un rekomendācijas.

Darba mērķis:

Noskaidrot delīrija riska mazināšanas pasākumus pacientiem ar gūžas kaula kakliņa lūzumu intensīvās terapijas nodaļā.

Darba uzdevumi:

1. Analizēt un apkopot darbam atbilstošo literatūru par delīrija riska mazināšanas pasākumiem pacientiem ar gūžas kaula kakliņa lūzumu intensīvās terapijas nodaļā;
2. Analizēt B. Nūmenas māszinības teoriju, saistībā ar darba tēmu;
3. Izveidot intervijas jautājumus;
4. Intervēt māsas;
5. Apkopot un analizēt iegūtos datus;
6. Izstrādāt secinājumus un rekomendācijas;

Pētījuma jautājums – Kādi ir delīrija riska mazināšanas pasākumi pacientiem ar gūžas kaula kakliņa lūzumu intensīvas terapijas nodaļā?

Pētījuma metode – kvalitatīvā metode, instruments – intervija.

Pētāmā grupa – māsas.

Datu apstrādes un analīzes metode – Microsoft Word 2010, kontentanalīze.

Pētījuma bāze – Rīgas X slimnīcas, intensīvās terapijas nodaļā.

Bakalaura darbs sastāv no 2 nodaļām, 4 apakšnodaļām un 3 pielikumiem.

B. NŪMENAS TEORIJA SAISTĪBA AR DELĪRIJA RISKĀ MAZINĀŠANAS PASĀKUMIEM PACIENTIEM AR GŪŽAS KAULA KAKLIŅA LŪZUMU INTENSĪVAS TERAPIJAS NODAĻĀ

Darba autores mērķis ir noskaidrot, kādi ir delīrija riska mazināšanas pasākumi pacientiem ar gūžas kaula kakliņa lūzumu intensīvās terapijas nodaļā.

Lai noskaidrotu delīrija riska mazināšanas pasākumus pacientiem ar gūžas kaula kakliņa lūzumu intensīvās terapijas nodaļā, autore izvēlējās veselības aprūpes sistēmas teorijas modeli, kurš darba autorei likās vispiemērotākais delīriozo pacientu aprūpē.

B. Nūmenas sistēmu modelis ir balstīts uz vispārēju sistēmu teoriju un atspoguļo dzīvo organismu kā atvērtu sistēmu būtību mijiedarbībā savā starpā un ar vidi. Teorija ir vērsta uz pacienta sistēmas atbildes reakciju uz faktiskajiem vai potenciālajiem vides stresoriem, un primāras, sekundāras un terciāras aizsardzības izmantošanu pacienta sistēmas labklājības saglabāšanai, sasniegšanai un uzturēšanai (6).

B. Nūmena savā teorijā apskata četrus jēdzienus, kuri vērsti uz pacienta aprūpi: cilvēks, vide, veselība un aprūpe.

Cilvēks – ir dinamiski organizēta sistēma. Cilvēks sastāv no fizioloģiskiem, psiholoģiskiem, sociokulturāliem, reliģiskiem un attīstības apstākļiem, ko uzskata par kopumu. Nevienu daļu nevar apskatīt atsevišķi, jo katra ietekmē kopumu, kā arī kopums ietekmē katru daļu. Tāpēc katra apakšsistēmas darbība vai sistēmas daļa ir jāizvērtē, skatoties no visas sistēmas sakara (7).

Šajā teorijā cilvēks atrodas centrā un visas darbības tiek vērstas uz to, lai atjaunotu pacienta un viņa piederīgo līdzsvaru un panāktu maksimāli labu veselības stāvokli (8).

- *Fizioloģiskie* – attiecās uz fizikāli ķīmisko organisma struktūru un organisma funkcijām;
- *Psiholoģiskie* – mentālie procesi un emocijas;
- *Socio-kulturālie* – sociāli-kulturālās attiecības, aktivitātes;
- *Reliģiskie* – attiecās uz reliģiskām paražām, ticējumiem, to ietekmi;
- *Attīstības* – attiecās uz procesiem, kas saistīti ar attīstību visas dzīves laikā (7).

Vide – teorētiski redz kā iekšējos un ārējos sprieguma un pretošanos faktorus. Šie stimuli traucē cilvēku līdzsvaru jeb normālo aizsardzības veidu. Normālais aizsardzības veids ir cilvēka ”parastais vienmērīgais stāvoklis”. Šis stāvoklis apzīmē indivīda parasto ikdienišķo slodzi (8)

Vidi teorētiski apraksta kā iekšējos un ārējos sprieguma un pretošanās faktorus. Bakalaura darbā tiek analizēti delīrija riska rašanās cēloņi un to mazināšanas iespējas. Var izdalīt emocionālos, medicīniskos un vides ietekmes cēloņus. Cilvēku pastāvīgi ietekmē sprieguma faktori, kurus teorētiski apraksta kā cilvēka iekšējo spriegumu, spriegumu starp indivīdiem un spriegumu ārpus indivīda. Šie B. Ņūmenes izvirzītie sprieguma faktori, bakalaura darbā saistās ar pacienta psihi, spēju sadarboties ar aprūpes personālu un pacienta veselības stāvokļa izmaiņām, kuras izraisa pozitīva vai negatīva vides ietekme uz pacienta veselības stāvokli. Sprieguma faktoriem pretestību sniedz elastīga aizsardzība, kas ir dinamiska jeb spējīga mainīties un ir atkarīga no cilvēka sistēmām, kas reaģē mainīgos apstākļos. Reakciju un prognozi ietekmē sprieguma faktoru daudzums, cik cilvēks ir spējīgs pretoties slodzei, kā arī, cik ilgi šie faktori ietekmējuši cilvēku (8).

Veselība – tiek pielīdzināta cilvēka labsajūtai, stāvoklis, kad visi ietekmējošie faktori mijiedarbojas un funkcionē harmoniski. Labklājību pielīdzina dinamiskai aizsardzības gādības sistēmai. Māsas prakses mērķis ir uzzināt, ko cilvēkam nozīmē aprūpe, un aizsargāt viņa aprūpes vērtības ir nozīmīga aprūpes daļa. Cilvēcīgu rūpēšanos var praktizēt, tikai sadarbojoties ar klientu. Māsas lietpratība sociālā, morālā un zinātniskā laukā nodrošina klientu ar cilvēcīgu aprūpi. (9).

Ja cilvēks ir zaudējis līdzsvaru no negaidītas, neparedzētas situācijas, tad paies laiks, un cilvēks atkal atgūs līdzsvaru, veselību, pēc Ņūmenes vārdiem, nav absolūts nevainojams stāvoklis, bet gan vislabākais atgūtais veselības stāvoklis konkrētajā dzīves periodā, posmā (6).

Aprūpe - tiek vērsta uz to, lai mazinātu cilvēkā sprieguma faktorus, kuri varētu ietekmēt cilvēka līdzsvaru un pašsajūtu. Pēc B. Ņūmenes teorijas, māsa darbojas ar pacientu trīs dažādos līmeņos:

- primārā, kur māsa ievāc datus par indivīdu, lai atklātu un mazinātu riska faktorus;
- sekundārā aizsardzība, kura tiek piemērota vēlākā aprūpes posmā, kad sprieguma cēlonis ir izkļuvis cauri normālai aizsardzībai. Šajā posmā māsa koncentrē savu darbību uz cilvēka reakcijām;
- terciālā aizsardzība, kur palīdz atjaunot līdzsvaru. Aprūpē ir svarīgi mazināt spriedzes faktorus (6).

B. Nūmenas teorijā ir loģiski sakārtoti jēdzieni, kuri savstarpēji mijiedarbojas. Teoriju var pielietot dažādu pacientu grupām, dažādās klīniskās situācijās.

Bakalaura darbam ir būtiski tāds jēdziens kā: *aprūpe*. Jāatrod aprūpes pasākumi, kuri pozitīvi ietekmēs pacientu pēc gūžas kaula kakliņā operācijas, kuri mazinās delīrija rašanos iespējas pēc šīs operācijas. Delīrijs var sākties ļoti strauji pacientiem dažādu faktoru ietekmē, pat ja pacients pirms sarežģītas operācijas bija pilnīgi adekvāts. Delīriozīti pacienti var būt diezgan agresīvi un māsai ir jāpalīdz pacientam atrisināt veselības problēmas. Delīrija pakāpe un intensitāte ir cieši saistīta arī ar to vai pacients tiek nodrošināts ar pietiekamu aprūpi, uzturu, higiēnu, drošību. Ir svarīgi mazināt delīrija rašanos, jo tas apgrūtina pacienta atveseļošanas procesu, pēc gūžas kaula kakliņā operācijas.

Tādējādi, delīrija ITN, tiek samazināti riski pacientiem, samazinās viņu uzturēšanās laiks ITN nodaļā, nevēlamu notikumu risks un samazinās ekonomiskās izmaksas pacientam, ģimenei un veselības sistēmai kopumā.

Šī teorija ir veiksmīgi pielietojama autores bakalaura darbam, jo pēc gūžas kaula kakliņa operācijas pacientu ietekmē dažādi faktori fizioloģiskie, psiholoģiskie, sociālkulturālie, garīgie (religiskie) un tie visi ir jāuzsver. Mērķis ir tas, lai māsas darbības noturētu cilvēka sistēmas optimālā stāvoklī, palīdzot pielāgoties mainīgos apstākļos (9).

B. Nūmenas teorija ir noderīga ITN māsu praksē, kuras ikdienā aprūpē pacientus pēc sarežģītām operācijām. To var pielietot jebkurā klīniskā situācijā, neatkarīgi no pacienta veselības stāvokļa, vecuma, reliģiskās pārliecības, sociālā statusa, kā arī to var pielietot individuālā aprūpē un cilvēku grupām.

1. APTUMŠOTAS APZIŅAS SINDROMI

Apziņa ir augsti organizētas matērijas īpašība, tā ir augstākā, tikai cilvēkam piemītošā spēja atspoguļot īstenību. Īstenības atspoguļojums apziņā jebkuras psihiskās slimības gadījumā izmainās – kļūst neprecīzs vai nepareizs, tomēr apziņa psihiatriskajā nozīmē tajā pašā laikā var palikt skaidra (11).

Psihiatrijā izdala īpašus aptumšotas apziņas sindromus, un visos to iespējamajos variantos vienmēr primāri ir izmainīta apkārtējās, reālās, priekšmetiskās pasaules atspoguļošana cilvēka apziņā. Protams, vienlaikus izmainās arī spēja pareizi vērtēt sakarības starp priekšmetiem un

parādībām, taču tā var mainīties arī sekundāri citu patoloģisku stāvokļu rezultātā pacientiem ar skaidru apziņu, piemēram, depresijā, rodoties murgiem, plānprātībai (11)

Aptumšotas apziņas sindromi liecina par akūtu stāvokli, un pacientam sniedzama tūlītēja palīdzība. Šādi traucējumi raksturīgi organiskām CNS slimībām, sastopami epilepsijas pacientiem, kā arī somatisko, ķirurģisko, neiroloģisko un citu slimību laikā. Periodiskās norises šizofrēnijas gadījumos novēro aptumšotu apziņu oneiroīda sindroma veidā (12).

Diemžēl vēl mūsdienās trūkst vispārpieņemtu vienotu terminu. Dažādu autoru darbos vieni un tie paši simptomi un sindromi apzīmējumi nereti ietver sevī ne tikai šaurāku un plašāku nozīmi, bet reizēm pat diezgan atšķirīgu saturu. Tikai daļu stāvokļu raksturošanai, piemēram, aptumšotas apziņas raksturošanai, parasti izmanto vienus un tos pašus klasiskos K. Jaspersa ieteiktos četrus kritērijus (11).

Atrautība no ārpasaules. Pacientam zūd iepriekšējais sakars ar reālo pasauli, apkārtējiem reālajiem priekšmetiem, cilvēkiem, notikumiem. Pacients it kā arvien noslēdzas no ārējiem impulsiem un „ieiet” sevī, savā iekšējā pasaulē, turklāt, pārējo iespaidu uztvere vienlaikus kļūst apgrūtināta vai pilnīgi izzūd. Apkārtējie redzes iespaidi, piemēram, galdi, krēsli, telpas, cilvēki, tiek atspoguļoti blāvāk, paviršāk, fragmentārāk, izkropļoti. Iekšēju psihopatoloģisku pārdzīvojumu (murgi, halucinācijas) pacientam var arī nebūt, tomēr lielākai daļai pacientu ar aptumšotu apziņu minētie traucējumi ir raksturīgi (11).

Dezorientācija. Viegļākos slimības gadījumos novēro dezorientāciju laikā – pacients nezina dienu, datumu, mēnesi, pat gadu, bet smagākos gadījumos pievienojas arī dezorientācija telpā – pacients nezina, kur viņš atrodas. Pacients izmainās sava „es” apziņa; pacients vairs nevar nosaukt savu vārdu, uzvārdu, dzimšanas gadu, neatzīst sevi pēc profesijas, bet uzskata sevi par aktieri, kosmonautu, īpašu personu, kuru gatavo filmēšanai vai speciālai misijai uz Mēness (11).

Fragmentāra domāšana. Domāšanas formālie traucējumi sākas tad, kad pacients vairs nevar aptvert apkārtējo situāciju kopumā. Viņa spriedumi kļūst nepietiekami pamatoti, pavirši, fragmentāri, teikumi nesakarīgi. Reizēm domāšanas produktivitāte samazinās tik izteikti, ka pacients vairs nespēj veidot sakarīgus teikumus – nevar par sevi pastāstīt, nevar atbildēt pat uz vienkārši formulētiem ārsta jautājumiem (11).

Amnēzija par neskaidrās apziņas periodu. To konstatē tikai vēlāk, pēc psihiskā stāvokļa uzlabošanās. Aptumšotās apziņas laikā pacientam ir bijuši apgrūtināta vai izslēgta apkārtējo notikumu uztvere, tādēļ pēc patoloģiskā stāvokļa izbeigšanās pacients šo periodu vai nu vispār neatceras, vai atceras fragmentāri. Reizēm pacients atceras tikai savus psihotiskos pārdzīvojumus,

bet nevar neko pastāstīt par to, kas tajā pašā laikā noticis īstenībā. Dažreiz amnēzija var iestāties nevis tūlīt pēc aptumšotās apziņas stāvokļa izbeigšanās, bet vēlāk (11).

Delīrijs ir akūts aptumšotas apziņas stāvoklis (akūts apjukums), kam raksturīgas spilgtas ilūzijas un redzes halucinācijas, murgi, dezorientācija laikā un telpā. Delīrijs rodas sakarā ar intoksikāciju – alkoholismu, infekcijas slimībām (alkohola psihozes, infekcijas un intoksikācijas psihozes), pēc galvas smadzeņu traumām, insulta, kā arī aterosklerozes un hipertensīvās slimības gadījumā. Delīrija laikā pacients ir dezorientēts laikā un telpā, bet orientācija sevī ir saglabāta (13).

Amence ir aptumšotas apziņas stāvoklis, kam raksturīgs apjukums un nesakarīga domāšana. Pacients ir bezpalīdzīgs, skatiens klīstošs, apkārtējie notikumi nesaista uzmanību, runa nesakarīga, vārdus izrunā vienmuļi, bez izteiksmes. Dienakts tumšajā laikā amence var pāriet delīrijā. Biežākais cēlonis – smagas organiskas CNS slimības, intoksikācija, sepse, hroniskas slimības. Amentīvam stāvoklim padziļinoties, sākas sopors un koma (13).

Apziņas krēsla jeb apziņas aptumsums iestājas pēkšņi un tikpat pēkšņi arī izbeidzas. Nekādas sarunas, medikamentu iedarbība apziņas krēslas stāvokli nevar pārtraukt. Šis stāvoklis ilgst minūtes, stundas, retāk dienas, pēc tā izbeigšanās par notikušo iestājas pilnīga amnēzija. Apziņas krēsla var izpausties ar motorisku aktivitāti, bieži ar tieksmi pārvietoties, kā arī ar spilgtām halucinācijām un murgiem, kuru ietekmē pacients arī rīkojas. Par pacienta pārdzīvojumiem var uzzināt nevis no sarunas, bet tikai no viņa rīcības (13).

Apdullumam raksturīgs paaugstināts uzbudināmības sliekšnis. Tie kairinātāji, kas veselam cilvēkam ir pietiekami, lai izraisītu atbildes reakciju, apdulluma gadījumā izrādās par vājiem. Pacients ir mazkustīgs, sejas izteiksme truli vienaldzīga, trūkst emociju. Akūts apdullums rodas pēc smagas intoksikācijas, arī alkohola iedarbības rezultātā. (13)

Oneiroīds ir ļoti dziļš aptumšotās apziņas stāvoklis. Pacients sevi uzskata par pavisam citu personu. Oneiroīds visbiežāk attīstās šizofrēnijas pacientiem, bet tas var būt arī jebkuras somatiskas slimības izpausme. Somatiskajos stacionāros ļoti bieži nonāk pacienti ar oneiroīda sākuma pazīmēm. Pacienti uzskata, ka ir nonākuši kaut kādā sevišķi nozīmīgā situācijā, saskata īpašu attieksmi pret sevi. Savainiecīgajai somatiskajai patoloģijai pacienti te piešķir fatālu nozīmi, te to pilnīgi ignorē. Visu laiku dominē nevis objektīvi pamatotas sūdzības, bet neparasti, negaidīti un neadekvāti sava stāvokļa vērtējumi. Šādi pacienti ilgu laiku nenonāk pie psihiatra, jo viņu izteikumi tiek uzskatīti par kaprīzēm, izdomājumiem un simulāciju (13).

Soporā jeb prekomatozā stāvoklī kontakts ar pacientu nav iespējams. Pacienta kontakts ar apkārtējo pasauli aprobežojas ar reflektoriskām atbildes reakcijām. Ir saglabājušies normālie,

parādās patoloģiskie refleksi. Koma ir pilnīgs bezsamaņas stāvoklis un visas reakcijas uz ārējiem kairinātājiem, arī aizsargrefleksi ir izzuduši. Par komu nekādas atmiņas nesaglabājas(11).

Pēc autores domām var secināt, ka apziņas traucējumi var būt ļoti dažādi pēc savas norises un to atpazīšanas var kļūt par sarežģītu uzdevumu, pat pieredzējušiem specialistiem. Svarīgi ņemt vērā visu zināmu informāciju par pacientu, kad viņa apziņa ir izmainīta, lai varētu pēc iespējas precīzāk izvērtēt pacienta stāvokli un lemt par tālāko aprūpes un ārstēšanas taktiku.

1.1. Delīrija raksturojums

Delīrijs - (no latīņu: *delirium* — 'neprāts, murgi') tiek definēts kā pārejošs, parasti atgriezenisks garīgo disfunkciju cēlonis un klīniski izpaužas ar plašu neiropsihisko traucējumu diapazonu. Tas var rasties jebkurā vecumā, bet biežāk rodas pacientiem, kuri ir vecāka gadagājuma cilvēki un kuriem iepriekš ir traucēts garīgais stāvoklis (10).

Delīriju raksturo īsā laika periodā pieaugoši apziņas un kognitīvo funkciju traucējumi. Īpaši tiek skarta uzmanība: pacientam ir samazināta spēja vērst, fokusēt, noturēt un pārslēgt uzmanību. Pacientam ir traucēta apziņa: viņš ir dezorientēts laikā, telpā un situācijā (14). Delīriju bieži pavada patoloģiska psihomotorā aktivitāte un traucēts nomoda un miega cikls. Novēro arī neiroloģiskus simptomus: tremoru, nistagmu, koordinācijas traucējumus un urīna inkontinenci. Parasti delīrijam ir pēkšņš sākums (stundas vai dienas), tā gaita ir fluktuējoša, un novēro strauju uzlabošanos, ja tiek noskaidrots un novērsts tā cēlonis (15).

Delīrija intensitāte ir mainīga. Raksturīgi ir īslaicīgi pārtraukumi, t.s. gaišie jeb lucīdie logi, kad pacientam apziņa noskaidrojas. Šai laikā ar pacientu, iespējams, kontakts un viņš dod saprātīgas un adekvātas atbildes uz dažādiem jautājumiem. Tomēr pēc īsa pārtraukuma pacients jau atkal ir redzes ilūziju un halucināciju iespaidā. Gaišo periodu iespējamība jāatceras, lai varētu pareizi novērtēt pacienta stāvokli (11).

Iespējamās ilgstošas delirioza rakstura psihozes, kas turpinās vairākas dienas, pat nedēļas. Stāvoklim uzlabojoties, delīrija intensitāte pirms pilnīgas izbeigšanās samazinās dienā, bet pastiprinās naktīs. Delīrijs parasti ilgāk saglabājas gados vecākiem cilvēkiem.

Bez izteiktiem delirioziem stāvokļiem iespējamās arī atsevišķas rudimentāras, īslaicīgas deliriozas epizodes (piemēram, pacients naktī pēkšņi pamostas un ierauga, ka gultai tuvojas cilvēks, kas pazūd; mazgājoties pacients redz, ka pa bļodas malu rāpo kukaiņi), turklāt tās izzūd jau pēc dažām minūtēm. Vienlaikus ar redzes halucinācijām pacientam var rasties rudimentāras un nepastāvīgas murgu idejas – domas, ka viņu vajā, grib nogalināt vai apvaino slepkavībā, bet pēc akūtā stāvokļa izbeigšanās kādu laiku var būt reziduālie murgi (11).

Pacients smagu delīriju pilnīgi anamnezē, bet vieglākos gadījumos patoloģiskos pārdzīvojumus fragmentāri vai pat pilnīgi atceras. Ja slimība progresē, iestājas dziļākas delīrija stadijas.

Delīrijs nav slimība, bet sindroms ar vairākiem cēloņiem, kas izraisa līdzīgu pazīmju un simptomu apvienojumu. Delīrijs bieži netiek atzīts un/vai nepareizi diagnosticēts kā demence, depresija, mānija, psihotiski traucējumi vai tipiska novecojošo smadzeņu reakcija uz hospitalizāciju. Lai gan delīrijs, gan demence ietekmē domāšanu, tie ir atšķirīgi, un ir svarīgi tos diferencēt (16). Delīrija un demences atšķirības attēlotas tabulā 2.1. (16)

2.1. tabula

Delīrija un demences atšķirības

	Delīrijs	Demence
Miega-nomoda cikls	Izmainīts	Normāls
Uzmanība	Izteikti reducēta	Normāla/reducēta
Uzbudinājums	Palielināts/samazināts	Parasti normāls
Autonomās (veģetatīvās) nervus sistēmas pazīmes	Nav norma	Parasti norma
Ilgums	Stundas līdz nedēļai	Mēneši līdz gadi
Murgi	Īslaicīgi	Kompleksi
Norise	Mainīga/fluktējoša	Stabila/lēns progress
Apziņas līmenis	Pazemināts	Bez traucējumiem
Halucinācijas	Bieži (redzes)	Reti
Sākums	Akūts/subakūts	Hronisks
Psihomotora aktivitāte	Parasti nenormāla	Parasti norma

(16)

Apjukumu, kas ir acīmredzamākais simptoms, vecākiem cilvēkiem var būt grūtāk atpazīt. Jaunāki cilvēki, kuriem ir delīrijs, var tikt uzbudināti, bet ļoti veciem cilvēkiem ir tendence klusēt un atsaukties. Šādos gadījumos delīrija atpazīšana ir vēl grūtāka.

Ja psihoze attīstās vecākiem cilvēkiem, tas parasti norāda uz delīriju vai demenci. Psihoze psihisku traucējumu dēļ reti sākas vecumdienās.

Gados vecākiem cilvēkiem biežāk ir demence, kuras dēļ delīriju ir grūtāk identificēt. Abas rada neskaidrības. Ārsti mēģina atšķirt abus, nosakot, cik ātri radās apjukums un kāda bija personas iepriekšējā garīgā funkcija. Ārsti arī uzdod personai virkni jautājumu, kas pārbauda dažādus domāšanas aspektus (psihiskā stāvokļa pārbaude). Ārsti parasti izturas pret cilvēkiem, kuru garīgā funkcija pēkšņi pasliktinās - pat ja viņiem ir demence - tā, it kā viņiem būtu delīrijs, kamēr nav pierādīts pretējais. Ar demenci palielinās delīrija attīstības risks, un dažiem cilvēkiem ir abi. (17) Atkarībā no psihomotoriem simptomiem klīniski pieņemts sadalīt delīriju uz 3 tipiem: Hiperaktīvais, hipoaktīvais un jaukts. Pirmoreiz delīrija sadalīšana uz tipiem tika piedāvāta B. Liptzin un S. Levkoff 1992 gadā un kas ir attēlots tabulā 2.2 (35)

2.2. tabula

Hiperaktīvais	Hipoaktīvais
Uzbudinājums	Letargija
Nemiers	Uzmanības traucējumi
Ātra un skaļa runa	Palēnināta runa
Eiforija	Apātija
Trauksme	Palēninātās kustības
Murgi	Fiksēts skats
Uzmācīgas domas	Samazināta modrība

(35)

Šajā tabulā minētas svarīgākās atšķirības starp hiperaktīva un hipoaktīva delīrija simptomiem. Hiperaktīvais tips – raksturojas ar paaugstināto psihomotoru uzbudinājumu, nemieru, ātru uzbudināmību, skaļu runu. Hipoaktīvais tips – raksturojas ar psihomotoru kavējumu, apātiju, palēninātu runu. Bieži praksē var satapt arī abu delīrija variantu simptomu kombinācijas. Jaukts tips – savieno hiperaktīvā un hipoaktīvā tipa delīrija pazīmes. (35)

1.2. Delīrija riska faktori un cēloņi

Delīrija attīstība ir atkarīga no vairāku riska faktoru sarežģītas mijiedarbības. Daži no šiem faktoriem ir modificējami un ir potenciālie profilakses mērķi. Gados vecākiem pacientiem demence ir vissvarīgākais riska faktors, kas pastāv līdz divām trešdaļām no visiem delīrija gadījumiem(17).

Potenciālie riska faktori

- Maņu traucējumi (dzirde vai redze)
- Imobilizācija (katetri vai ierobežotājsistēmas)
- Medikamenti (piemēram, sedatīvi miega līdzekļi, narkotiskās vielas, antiholīnērgiskās zāles, kortikosteroīdi, polifarmācijas, alkohola vai citu zāļu lietošana)
- Akūtas neiroloģiskas slimības (piemēram, akūts insults, intrakraniāla asiņošana, meningīts, encefalīts)
- Slimības (piemēram, infekcijas, jatroģēnas komplikācijas, smaga akūta slimība, anēmija, dehidratācija, barojuma traucējumi, lūzums vai trauma, HIV infekcija)
- Metabolisma traucējumi
- Ķirurģija
- Vide (piemēram, uzņemšana intensīvās terapijas nodaļā)
- Sāpes
- Emocionālas ciešanas
- Ilgstošs bezmiegs

Nemaināmi riska faktori

- Demence vai kognitīvi traucējumi
- Paaugstinātais vecums (> 65 gadi)
- Insults, neiroloģiskas slimības, kritieni vai gaitas traucējumi anamnēzē
- Vairākas blakusslimības
- Vīriešu dzimums
- Hroniska nieru vai aknu slimība

Delīrija cēlonis var būt centrālās nervu sistēmas slimības, metaboli traucējumi, sistēmiskas saslimšanas, medikamenti, sirds slimības, plaušu slimības, endokrīnas un hematoloģiskas slimības, audzēji un abstinence pēc psihoaktīvu vielu lietošanas (15).

Daudzu traucējumu attīstība vai pasliktināšanās var izraisīt delīriju.

Kopumā delīrija cēloņi ir šādi:

- Medikamenti, jo īpaši zāles ar antiholīnērgisku iedarbību, psihoaktīvās zāles un opioīdi.
- Dehidratācija.
- Infekcijas, piemēram, pneimoniya, sepse, infekcijas, kas ietekmē visu ķermeni vai izraisa drudzi, un urīnceļu infekcijas.
- Nieru mazspēja, aknu mazspēja, hipoksija, īpaši, ja šie traucējumi sākas pēkšņi un strauji progresē.

Pie citiem cēloņiem pieder hospitalizācija, operācija, narkoze, ilgstoši lietotu zāļu atcelšana, atsevišķi traucējumi un indes (19).

Dažiem cilvēkiem cēloni nevar noteikt.

Delīrijs ir potenciāli novēršams un ārstējams, taču galvenie šķēršļi, ieskaitot nepietiekamu sindroma atpazīšanu un sliktu izpratni par pamata patofizioloģiju, ir kavējuši veiksmīgas terapijas attīstību.

Neiroattēls ir identificējis strukturālas izmaiņas, ieskaitot garozas atrofiju, kambara dilatāciju un baltās vielas bojājumus, lai varētu prognozēt delīriju.

Delīrija patofizioloģija nav pilnībā izprotama, un stāvoklis var rasties, izmantojot dažādus patogēnus mehānismus. Pašreizējie pierādījumi liecina, ka zāļu toksicitāte, iekaisums un akūta stresa reakcija var ievērojami veicināt neurotransmisijas traucējumus un, visbeidzot, delīrija attīstību (1.2.1 attēls skat. pielikumā nr. 1) (17).

Jaunākiem cilvēkiem (ja narkotikas un alkohols ir izslēgts) delīrija cēlonis parasti ir stāvoklis, kas tieši ietekmē smadzenes, piemēram, smadzeņu infekcija (17).

Gados vecākiem cilvēkiem iemesls bieži ir infekcija, piemēram, urīnceļu infekcija, pneimoniya vai gripa, vai cita infekcija. Šādas infekcijas var netieši ietekmēt smadzenes.

Daži traucējumi (piemēram, insulti, smadzeņu audzēji vai smadzeņu abscesi) izraisa delīrija simptomus, tieši bojājot smadzenes (17).

Pastāv vairāki pēcooperācijas delīrija riska faktori. Tos klasificē:

- Preoperatīvie nemicētie riska faktori – pacienta vecums virs 70 gadiem, operācijas tips, pavadošās slimības, personības tips;
- Preoperatīvie modificētie riska faktori – izmaiņas asins analīzēs, anestēzijas izvēle, premedikācijas ar benzodiazepīniem (katrs papildus mg noved pie delīrija riska palielināšanās par 7 %); hipoksija, un kā tās sekas cerebrālās hemodinamikas izmaiņas (29).

- Operācijas laikā nemodificētie riska faktori – liels asins zudums (Hb mazāks par 10 g/l); eritrocītu masas pārliešana >800ml (29).
- Operācijas laikā modificētie riska faktori – anestēzijas preparāta izvēle (piem., fentanils vecina delīrija veidošanos 20% gadījumu); asinsspiediena svārstības.
- Postoperatīvie riska faktori – kardioloģiskas problēmas; narkotisko analgētiķu pielietošana; nesabalansēts uzturs (31).

Pacientam pēc gūžas kakliņa lūzuma, ir nepieciešama gūžas protezēšana, kas ir apjomīga ortopēdiska operācija. Apzinoties delīrija riska faktorus, kas saistīti ar apjomīgām operācijām, ir maksimāli iespējams tos novērst.

2. DELĪRIJS INTENSĪVĀS TERAPIJAS NODAĻĀ

Delīrijs ir bieži sastopama problēma kritiski slimiem pacientiem, bet tikai nesen tas tika atzīts par nopietnu problēmu, kas saistīts ar svarīgiem klīniskiem rezultātiem, ieskaitot palielinātu mehāniskās ventilācijas dienu skaitu, slimnīcas uzturēšanās ilgumu, aprūpes izmaksas, ilgtermiņa kognitīvos traucējumus, prasību pēc izrakstīšanas institucionalizācijas un mirstību. Izmantojot validētus delīrija skrīninga instrumentus intensīvās terapijas pacientiem, kurus var izmantot plašs personāls, ir uzlabojusies delīrija diagnosticēšanas iespēja. Tagad intensīvajā terapijā ir ieteicama ikdienas delīrija novērtēšana kā aprūpes standarts. Turklāt ir izpētītas iespējamās farmakoloģiskās un nefarmakoloģiskās profilakses un ārstēšanas stratēģijas, lai samazinātu delīriju un uzlabotu ar to saistītos rezultātus ar atšķirīgiem rezultātiem(26) .

Delīrija biežums ir ļoti atšķirīgs atkarībā no izmeklētās pacientu grupas un diagnozes metodes. Ir ziņots, ka tas notiek 16 līdz 89% hospitalizēto pacientu, tai skaitā līdz 45% pacientu pēc anestēzijas aprūpes nodaļās un 50% pēcoperācijas pacientu palātā. Tomēr visbiežāk delīrijs intensīvajā terapijā ir sastopams – līdz 80% - mehāniski ventilējamiem pacientiem.

Pēcoperācijas periods pacientiem, kuriem tiek veikta ķirurģiska iejaukšanās, bieži komplikējas ar smadzeņu darbības traucējumiem. To spektrs variē no pēcoperācijas smadzeņu disfunkcijas līdz delīrijam (30). Saslimšana svārstās no 9-87%, atkarībā no pacienta vecuma, dzimuma un pēcoperācijas stresa smaguma. Parasti delīrijs pēcoperācijas periodā parādās 1-2 dienā pēc operācijas, un tas kļūst intensīvāks naktīs. Agrīna izmeklēšana un ārstēšana ir svarīga, lai novērstu delīrija iestāšanos pēcoperācijas periodā (29).

Pēcoperācijas delīrijs variē no dažām stundām līdz pat vairākām dienām. Reizēm simptomātika var saglabāties līdz pat mēnesim. Ortopēdiskas operācijas, sevišķi gūžas protezēšana, ir nopietns riska faktors delīrija attīstībai intensīvajā terapijā, īpaši ja pacienta vecums ir virs 70 gadiem. Pēc šādām operācijām tas attīstās 16-62% gadījumu. (27)

Konstatēts, ka paaugstināts vecums un sākotnējie kognitīvie traucējumi palielina delīrija risku dažādās slimnīcas vidēs. Tāpat pacientiem ar paaugstinātu komorbīdu slimību slodzi (īpaši elpceļu slimībām) un novājinātiem pacientiem ir lielāks risks. Tādējādi pacientiem ar zemāku kognitīvo un fizisko rezervi, visticamāk, ir samazināta spēja uzturēt normālu smadzeņu darbību, reaģējot uz stresu (piemēram , operācijas un kritiskas slimības), un tāpēc viņiem ir lielāks delīrija risks. Tāpat nozīmīgāks organisma stress, piemēram, sepse, ilgstoša mehāniskā ventilācija vai liela ķirurģiska iejaukšanās (īpaši sarežģīta vēdera, gūžas kaula lūzums un sirds operācijas), palielinās delīrija risku, salīdzinot ar mazāku fizioloģisko stresu. Vairākkārt pierādīts, ka paaugstināts sāpju līmenis palielina delīriju, īpaši pēcoperācijas apstākļos, iespējams, paaugstinātas stresa reakcijas un mainītas neurotransmisijas dēļ (27).

Vairāki medikamenti var izraisīt delīriju. Attiecībā uz sedatīviem un pretsāpju medikamentiem lorazepāma, midazolāma, meperidīna un morfīna lietošana visciešāk ir saistīta ar lielāku delīrija risku, iespējams, sakarā ar to ilgāku darbību ilgumu un paaugstinātu zāļu uzkrāšanās risku ar izmainītām orgānu funkcijām (piemēram , nieru un aknu mazspēja), salīdzinot ar tādiem līdzekļiem kā propofols, deksmedetomidīns un fentanils. Sedācija ar benzodiazepīna infūzijām mehāniskai ventilācijai, it īpaši, rada lielāku delīrija risku, salīdzinot ar citiem sedatīviem režīmiem, tāpat kā dziļi sedācijas līmeņi, salīdzinot ar vieglu sedāciju (28).

Īpaši svarīga ir anestēzijas izvēle gados veciem pacientiem. Ir pierādīts, ka pēc vispārējās narkozes delīrijs attīstās 18% pacientu, bet pēc reģionālās anestēzijas 23% pacientu (29).

Atrašanās nepazīstama vidē, piemēram, slimnīcā, jo īpaši intensīvās terapijas nodaļā, pacientam var izraisīt delīriju. Intensīvajā terapijā pacienti tiek izolēti telpā, kurā parasti nav logu vai pulksteņu. Tādējādi cilvēkiem tiek liegta normāla maņu stimulācija un viņi var kļūt dezorientēti. Miegu traucē personāls, kas nakts laikā pamodina cilvēkus, lai viņus uzraudzītu un ārstētu, kā arī skaļi pīkstoši monitori, domofoni, skaņas gaitenī un trauksmes signāli. Turklāt lielākajai daļai intensīvās terapijas pacientu ir nopietni traucējumi, un viņus var ārstēt ar zālēm, kas var izraisīt delīriju (17).

Delīrijs ir ļoti izplatīts arī pēc operācijas, iespējams, operācijas stresa, operācijas laikā izmantoto anestēzijas līdzekļu un pēc operācijas izmantoto pretsāpju līdzekļu dēļ.

Delīrijs var attīstīties arī tad, ja cilvēkiem, kuriem plānots veikt operāciju, nav pieejama viela, ko viņi lieto, piemēram, miega līdzekļi, alkohols vai tabaka. Kad cilvēki pārtrauc lietot šādas vielas, viņiem var būt abstinences simptomi, ieskaitot delīriju (17).

Saistībā ar gūžas kaula lūzumu, ir veikts pētījums (*Delirium is independently associated with poor functional recovery after hip fracture*), kurā pierādīts, ka delīrijs ir izplatīts, pastāvīgs un saistīts ar sliktu funkcionālā stāvokļa atjaunošanos 1 mēnesi pēc gūžas kaula lūzuma. Nepieciešami turpmāki pētījumi, lai identificētu mehānismus, ar kuriem delīrijs veicina sliktu funkcionālā stāvokļa atjaunošanos, un lai noteiktu, vai intervences, kas paredzētas delīrija novēršanai vai samazināšanai, var uzlabot atveseļošanos pēc gūžas kaula lūzuma (25).

2.1 Delīrija diagnostika intensīvās terapijas nodaļā

Pašreizējais delīrija diagnostikas standarts parādās garīgo traucējumu diagnostikas un statistikas rokasgrāmatā, ceturtais izdevums, teksta pārskatīšana (DSM). Delīrija diagnoze tiek veikta, pamatojoties uz klīnisko vēsturi, uzvedības novērošanu un kognitīvo novērtējumu. Anamnēzei vajadzētu apstiprināt, ka ir notikušas akūtas izmaiņas sākotnējā kognitīvajā funkcijā. Ir svarīgi noskaidrot garīgā stāvokļa izmaiņu laika gaitu, kā arī visu iepriekšējo saslimšanu vēsturi, medikamentu lietošanu (ieskaitot jebkādas izmaiņas medikamentos un bezrecepšu un augu izcelsmes produktu lietošanu), alkohola lietošanu un izmaiņas vide. Jāizslēdz apstākļi, kas imitē delīriju. Intensīvās terapijas pacientiem, kuri nespēj runāt, var izmantot tādas novērtēšanas metodes kā intensīvās terapijas delīrija skrīninga kontroltestu vai ICU (ITN) apjukuma novērtēšanas metodi (22;23).

Pacienta agresijas un sedācijas dziļuma līmeņa aprakstam pielieto Ričmonda uzbudinājuma – sedācijas skalu (*Richmond Agitation-Sedation Scale*)(tabulā 3.1 skat.tekstā), biežāk šo skalu pielieto pacientiem, kuriem nepieciešama ilgstoša mākslīgā plaušu ventilācija. Ja RASS ir vairāk vai -3, delīrija diagnostikai jāizmanto CAM – ICU metodi. (36)

Ričmonda uzbudinājuma – sedācijas skala (Richmond Agitation–Sedation Scale)

Novērtējums	Jēdziens	Apraksts
+4	Agresīvs	Pacients ir agresīvs un draud medicīnas personālam
+3	Ļoti uzbudināts	Pacients mēģina izņemt katetrus un caurules no sevis, agresīvi izturas pret medicīnas personālu
+2	Uzbudināts	Pacientam piemīt biežas neatbilstošas kustības
+1	Uztraukts	Pacients satraukts, bet nav agresīvu kustību
0		Pacients ir nomodā, uzmanīgs un mierīgs
-1	Viegla sedācija	Pacients ir neuzmanīgs, acis neaizver vairāk par 10 sekundēm
-2	Mērena sedācija	Verbālā kontakta laikā aizver acis ātrāk par 10 sekundēm
-3	Dziļa sedācija	Nav atbildes uz verbālajiem stimuliem, bet ir kustību atbilde uz fizisko stimulu
-4	Nepamodināms	Nav atbildes uz verbālajiem un fiziskiem stimuliem

(36)

Izvērtēšanas procedūra

1. Novēro pacientu

Pacients ir nomoda, mierīgs un uzmanīgs –0 balles.

Pacients ir uztraukts vērtējums ir no +1 līdz +4 punktiem, izmantojot aprakstā iepriekš minētos kritērijus.

2. Ja pacients ir miegains skaļi nosauciet viņu vārdu, prasiet lai pacients atver acis un paskatās uz jums. Ja ir nepieciešams atkārtojiet to vairākas reizes.

Ja ir iespējams acu kontakts ar pacientu kas turpinās ilgāk par 10 sekundēm vērtējums -1 balles.

Ja acu kontakts ir iespējams ar pacientu, bet tas netiek uzturēts 10 sekundes, rezultāts ir -2 balles.

Ja pacients veic jebkādas kustības, reaģējot uz balsi, izņemot acu kontaktu, rezultāts ir -3 balles.

3. Pacients nereaģē uz verbālajiem stimuliem. Jāpielieto fizisku stimulu, piemēram, pakratot pacientu aiz pleca.

Ja pacients atbild ar kustībām uz fizisku stimulāciju – novērtējums -4 balles

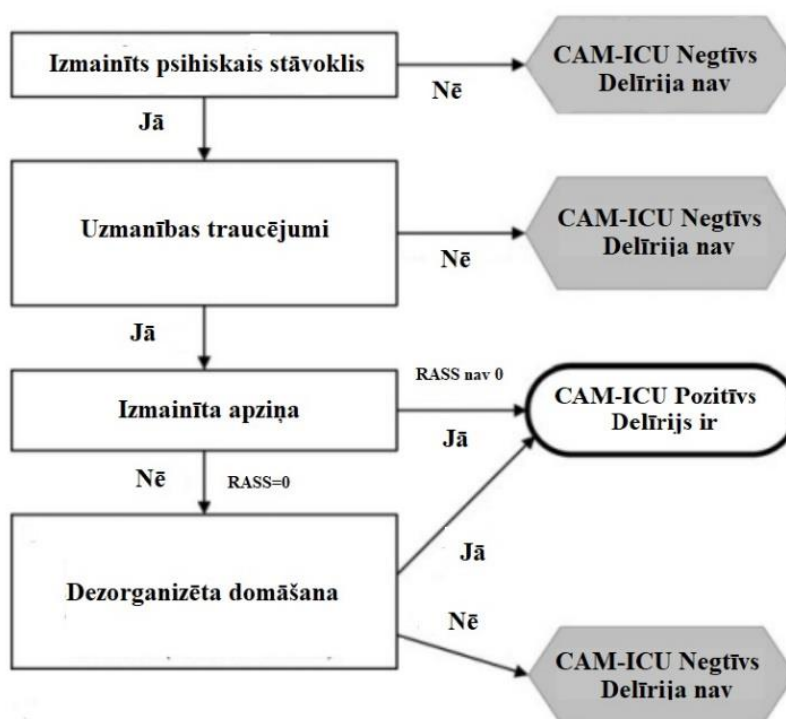
Ja pacients neatbild uz verbālajiem stimuliem un fizisku stimulāciju – novērtējums -5 balles (36)

Pacientiem, kuriem ir delīrija risks, fiziskajā pārbaudē jāiekļauj īss izziņas novērtējums. Standartizēts rīks – apjukuma novērtēšanas metode (CAM) – nodrošina īsu, validētu diagnostikas

algoritmu, ko pašlaik plaši izmanto delīrija identificēšanai (20). CAM algoritms balstās uz akūtu simptomu parādīšanos un mainīgu gaitu, neuzmanību un vai nu nesakārtotu domāšanu, vai mainītu apziņas līmeni. CAM – ICU – delīrijs tiek diagnosticēts, kad pacienti demonstrē akūtas psihiskā stāvokļa izmaiņas vai svārstīgas psihiskā stāvokļa izmaiņas, neuzmanība, ko mēra ar dzirdes vai vizuālu pārbaudi, un vai nu neorganizēta domāšana vai mainīts apziņas līmenis, skatīties att. 3.1. Svarīgi, ka CAM – ICU var būt tikai sākumā, ja pacients ir uzbudināms, reaģējot uz balsi, bez nepieciešamības pēc fiziskas stimulēšanas (21).

Alternatīva delīrija diagnostikas metode, ko visbiežāk intensīvajā terapijā izmanto māsas, novērojot pacientu 24 stundas diennaktī, ir ICDSC metode tabulā 3.2. (29).

Abas metodes – CAM-ICU un ICDSC – ir attaisnojušas savu produktivitāti delīrija diagnosticēšanai intensīvajā terapijā. Amerikas Kritiskās Medicīnas apvienība (SCCM) rekomendējusi šīs delīrija noteikšanas metodes ieviest praksē, kas ļāva maksimāli precīzi noteikt delīriju, bez psihiatra konsultācijas (30).



3.1. att. CAM-ICU (37)

Delīrija diagnostika intensīvajā terapijā pēc ICDSC metodes

Izmainīts samaņas līmenis (jā-1; nē-0)	Summa ≥ 4 = delīrijs
Samazināta uzmanība (jā-1; nē-0)	
Dezorientēts (jā-1; nē-0)	
Haluzinācijas, murgi, psihoze (jā-1; nē-0)	
Psihomotors uzbudinājums vai bloķēta patvaļīga aktivitāte (jā -1; nē-0)	
Neadekvāta runa, noskaņojums (jā-1; nē-0)	
Miega cikla traucējumi (diena-nakts) (jā-1; nē-0)	
Nenoturīga, svārstīga apziņa, kas mainās diennakts laikā (jā-1; nē-0)	

(29)

Kognitīvais tests delīrijam - var lietot pacientiem, kuri nespēj ne runāt, ne rakstīt; novērtē orientāciju, uzmanību, atmiņu, izpratni un modrību, galvenokārt ar vizuālo un dzirdes veidu. Katrs atsevišķs domēns tiek vērtēti no 0 līdz 6 ar divu punktu soli, izņemot izpratni, kas tiek vērtēta ar viena punkta starpību pieaugumu. Kopējais punktu skaits svārstās no 0 līdz 30, un augstāks punktu skaits norāda uz labāku izziņas funkciju (24).

Kad ir noteikta delīrija diagnoze, ir jānosaka potenciālais cēlonis, jo īpaši visi dzīvībai bīstamie slimības izraisītāji. Delīrijs jāuzskata par ārkārtas medicīnisku situāciju, kamēr nav pierādīts pretējais; mirstības līmenis pacientiem, kas hospitalizēti ar delīriju, var būt no 10% līdz 26%. Jāveic pamata medicīniskā aprūpe, ieskaitot elpceļu aizsardzību, dzīvībai svarīgo pazīmju novērtēšanu un laboratoriskos testus, lai izslēgtu ārstējamus apstākļus, piemēram, infekcijas.

2.2. Delīrija novēršana un ārstēšana intensīvās terapijas nodaļā**Nefarmakoloģiskas metodes**

Intensīvajā terapijā pēcooperācijas periodā delīrija ārstēšanas panākumi ir atkarīgi no personāla izglītošanas programmu realizācijas un mūsdienīgu delīrija identificēšanas algoritmu ieviešanas praksē (31).

Apmēram 40% gadījumu pēcooperācijas delīriju ir iespējams novērst. Pirmsoperācijas periodā būtu nepieciešama geriatra konsultācija, lai novērtētu delīrija iestāšanās riska pakāpi pēcooperācijas

periodā. Nepieciešams pilns medikamentu saraksts, ko pacients ikdienā lieto, lai izvērtētu medikamentus, kas var veicināt delīrija rašanos (31).

Vēlama primārā profilakse, tomēr intensīvajā terapijā ir neizbēgama zināma delīrija pakāpe. Kaut arī nav datu par primārajiem profilakses (nefarmakoloģiskajiem) pasākumiem intensīvajā terapijā, dati, kas nav intensīvās terapijas pasākumos, koncentrējas uz riska faktoru samazināšanu. Stratēģijās ietilpst šādas intervences (32):

- Atkārtota pacientu pārorientācija
- Noteikumi par pacienta kognitīvi stimulējošām darbībām vairākas reizes dienā
- Nefarmakoloģisks miega protokols
- Agrīnas mobilizācijas aktivitātes
- Savlaicīga katetru un fizisko ierobežojumu noņemšana
- Acu brilles un dzirdes aparātu lietošana
- Agrīna dehidratācijas korekcija
- Plānota sāpju novēršanas protokola lietošana
- Nevajadzīgu trokšņu / stimulu samazināšana (32)

Svarīgas turpmākās izmeklēšanas jomas ir delīrija novēršanas un pārvaldības stratēģijas intensīvajā terapijā (27).

Kā nefarmakoloģiskās delīrija profilakses metodes intensīvajā terapijā ir pacienta orientācijas uzturēšana laikā un telpā, nemitīgi atgādinot par atrašanās vietu, diennakts laiku un personā. Lai saglabātu saikni ar reālo pasauli, lietderīgi būtu fonā radio, redzamā vietā pulkstenis (31).

Fiksācijas pielietošana deliriozo pacientu gadījumā var pasliktināt viņu stāvokli un kļūt par papildus komplikāciju cēloni. Tāpēc, pēc iespējas, jāizvairās no tās pielietošanas (33).

ABCDEF algoritms, ir viena no nefarmakoloģiskām metodēm delīrija profilaksei (35).

- Pamošanās (Awakening) – ikdienas pamošanās ar sedācijas pārtraukumu
- Elpošana (Breathing) – adekvāta adaptācija, periodiska MPV pārtraukšana ar spontānās elpošanas seansiem.
- Koordinācija (Coordination, Choise) – atmodas periodu koordinēšana un spontānās elpošanas atjaunošana ar fizioterapijas atbalstu. Optimālā medikamentu izvēle sedācijai un delīrija profilaksei.
- Delīrija monitorēšana (Delirium monitoring/ management) – sedācijas skalu pielietošana un delīrija novērtēšanas skalas

- Agrīna aktivizēšana un vingrinājumi (Early mobility and Exercise) – cik iespējams agrāk sākt apsēsties, celties un staigāt.
- Ģimenes iesaistīšana aprūpes procesā (Family engagement and empowerment) – radnieku iesaistīšana pacienta atveseļošanas procesā.

Nefarmakoloģiskās metodes izradījās efektīvas delīrija ilguma samazināšanā. Svarīga ir secīga pielietošana un nefarmakoloģisku metožu izstrādāšana. (35)

Farmakoloģiskas metodes

Pirmais delīrija farmakoloģiskās pārvaldības solis ir pacienta pašreizējo zāļu novērtēšana attiecībā uz blakusparādību, kas var izraisīt delīrija veicināšanu vai saasināt to. Neatbilstoša sedatīvu vai pretsāpju līdzekļu lietošana var saasināt delīrija simptomus. Ārstējot pacientus ar nomierinošiem līdzekļiem, pacienti var kļūt apjukusi, izraisot paradoksālu uzbudinājuma palielināšanos, jo nomierinošie efekti nolietojas. Benzodiazepīni un narkotiskās vielas, ko bieži izmanto intensīvajā terapijā, lai ārstētu “apjukumu” (delīriju), var pasliktināt izziņu un saasināt problēmu. Rūpīgs pacienta medikamentu pārskats palīdzēs identificēt nomierinošos līdzekļus, pretsāpju līdzekļus un antiholīnērgiskos medikamentus, kurus var noņemt vai samazināt devu.

Pašreizējās “Sāpju, uzbudinājuma, delīrija, nekustības un miega traucējumu (PADIS) vadlīnijas” iesaka neizmantot haloperidolu vai atipisku antipsihotisku līdzekli delīrija ārstēšanai. Daudzcentru, randomizēts, placebo kontrolēts pētījums ar 566 pacientiem parādīja, ka haloperidols un ziprasidons, salīdzinot ar placebo, nesamazina delīriju, ventilācijas laiku, intensīvajā terapijā vai stacionāra uzturēšanās ilgumu vai nāvi. Aritmijas, parkinsonisms (ekstrapiramidāli simptomi), ļaundabīgais neuroleptiskais sindroms, pētījuma zāļu pārtraukšana un citas bažas par drošību visās trīs grupās bija ārkārtīgi zemas. Antipsihotiskie līdzekļi joprojām ir dzīvotspējīgi īslaicīgai uzbudinājuma (piemēram, alkohola vai narkotiku lietošanas pārtraukšanai) vai smagas trauksmes kontrolei ar nepieciešamību izvairīties no elpošanas nomākuma (piemēram, sirds mazspēja, HOPS vai astma) (27).

Delīrijs un hospitalizācija, ko tas parasti prasa, var izraisīt daudzas citas problēmas, piemēram, nepietiekamu uzturu, dehidratāciju un izgulējumus. Šīm problēmām vecākiem cilvēkiem var būt nopietnas sekas. Tādējādi vecāka gadagājuma cilvēki var gūt labumu no ārstēšanas, ko vada multidisciplināra komanda, kurā ietilpst ārsts, ergoterapeits, māsas, aprūpes personāls un sociālie darbinieki (28).

PĒTĪJUMA METODOLOĢIJA

Pētījums tika izstrādāts par tēmu – „Delīrija riska mazināšanas pasākumi pacientiem ar gūžas kaula kakliņa lūzumu intensīvas terapijas nodaļā”.

Pētījuma mērķis ir noskaidrot, delīrija riska mazināšanas pasākumus pacientiem ar gūžas kaula kakliņa lūzumu intensīvās terapijas nodaļā.

Lai sasniegtu pētījuma mērķi tika izvēlēta kvalitatīva pētījuma metode, par instrumentu tika izvēlēta intervija ar 8 jautājumiem. Pētāmā grupā tika izvēlētas 10 māsas, kuras strādā intensīvās terapijas nodaļas, no X Rīgas slimnīcām. Intervija tika veikta telefoniski, saistība ar COVID 19 izplatības ierobežošanas pasākumiem. Pirms pētījuma veikšanas tika saņemta atļauja no Latvijas Universitātes ētikas komisijas.

Pirms intervijas sākšanas katram respondentam bija iespēja vizuāli apskatīt jautājumus un uzdot jautājumus par tiem neskaidrības gadījumā. Katram respondentam pirms intervijas bija paziņots, ka piedalīšanās intervijā ir brīvprātīgā un to ir iespējams pārtraukt jebkurā brīdī. Katrs respondents bija informēts par to, ka intervijā iegūtie dati tiks izmantoti tikai bakalaura darbā, anonimizējot datus. Pirms intervijas tika saņemta respondentu piekrišana par piedalīšanos pētījumā. Intervijas laiks aptuveni 10 minūtes. Visas sniegtas atbildes intervijas laikā tika pierakstītas un izmantotas pētījumā.

Pētniecības jautājums - Kādi ir delīrija riska mazināšanas pasākumi pacientiem ar gūžas kaula kakliņa lūzumu intensīvas terapijas nodaļā?

Intervijas jautājumi bija definēti pamatojoties uz literatūras avotos minētiem delīriozu pacientu aprūpes aspektiem.

Lai pārbaudītu pētniecības instrumentu tika veikts pilotpētījums kurā piedalījās 1. respondents. Pilotpētījuma laikā autore pārbaudīja pētniecības instrumenta efektivitāti lai atbildētu uz pētniecības jautājumu.

1. pētniecības jautājums tika definēts lai sniegtu informāciju par respondentu viedokli par to kad pacienti ar gūžas kaula kakliņu biežāk nonāk ITN. 2. pētniecības jautājums tika definēts lai sniegtu informāciju par to vai respondenti pārzin delīrija izpausmes, kas ir svarīgi lai savlaicīgi diagnosticēt un novērst delīriju pēc gūžas kaula kakliņa operācijas. 3. pētniecības jautājums tika definēts, lai sniegtu informāciju par to kādus palīg līdzekļus respondenti izmanto savā darbā, lai monitorētu pacientu pēc gūžas kaula kakliņa operācijas. 4. pētniecības jautājums tika definēts, lai sniegtu informāciju par to kādi ir delīrija riska mazināšanas pasākumi pacientiem ar gūžas kaula

kakliņa lūzumu ITN. 5. pētniecības jautājums tika definēts, lai sniegtu informāciju par to, kādas nefarmakoloģiskas metodes respondenti pielieto darbā lai ārstētu pacientus ar delīriju pēc gūžas kaula kakliņa operācijas. 6. pētniecības jautājums tika definēts, lai sniegtu informāciju par to, kādas farmakoloģiskas metodes respondenti pielieto savā darbā lai ārstētu pacientus ar delīriju pēc gūžas kaula kakliņa operācijas. 7. jautājums tika definēts, lai sniegtu informāciju par to kā respondenti rīkojas akūta delīrija gadījumā pacientiem ar gūžas kaula kakliņa lūzumu. 8. jautājums tika definēts, lai sniegtu informāciju par to kādu turpmāko aprūpi ir jāsaņem pacientam ar gūžas kaula kakliņa lūzumu pēc delīrija parādīšanās.

Pēc autores domām jautājumi 2;3;4;5;6; un 7; atbild uz pētniecības jautājumu.

PĒTĪJUMA REZULTĀTI UN DISKUSIJA

Intervijas protokolā respondentiem tika uzdots 1. jautājums.

Kad pacienti ar gūžas kaula kakliņa lūzumu biežāk nonāk intensīvas terapijas nodaļā?

Respondenti X1, X2, X3, X4, X5, X6, X7, X8, X9 un X10 atbildēja, ka pacienti ar gūžas kaula kakliņa lūzumu biežāk nonāk intensīvās terapijas nodaļā pēc operācijas, tomēr respondenti X4, X6 pieminēja, ka pacienti ar gūžas kaula kakliņa lūzumu intensīvās terapijas nodaļā nonāk arī pirms operācijas.

Respondents X1 atbildēja, ka pacienti nonāk intensīvajā terapijā biežāk jau izoperēti.

Respondents X2 atbildēja, ka biežāk nonāk pēc gūžas kaula kakliņa operācijas kuri bija saņēmuši smagu premedikāciju, vai arī bijuši pēc intubācijas un ir veikta vispārēja narkoze, pacienti ar smagu alkohola vai narkotiku intoksikāciju.

Respondents X3 atbildēja, ka pacients stājas tieši pēc operācijas uz turpmākām 24 stundām, vai ja pacients ir ar smagu stāvokli kuru ir svarīgi novērot un novērtēt nepārtraukti.

Respondents X4 atbildēja, ka pacienti stājas intensīvajā terapijā gan pēc, gan pirms operācijas.

Respondents X5 atbildēja, ka biežāk pacienti nonāk pēc operācijas.

Respondents X6 atbildēja, ka biežāk pacienti nonāk pēc veiktās operācijas (1 diennaktī), bet retos gadījumos nonāk arī tieši pēc lūzuma, ja pacientam ir akūts stāvoklis ar apjukumu, vai delīrija pazīmēm, sirdsdarbības problēmām, ar hroniskām saslimšanām, kuras nav risinātas iepriekš.

Respondenti X7, X8, X9, X10 atbildēja, ka biežāk pēc operācijas.

Pēc respondentu atbildēm var spriest, ka lielākā daļa respondentu savā darba pieredzē IT nodaļā biežāk ir saskaršies ar pacientiem pēc gūžas kaula kakliņa operācijas. Bet tomēr respondenti ir saskaršies arī ar pacientiem ar smagu veselības stāvokli, kuri nonāk intensīvajā terapijas nodaļā arī pirms operācijas. Darba autore uzskata, ka lielāka daļa respondentu atbild pēc savas darba pieredzes, un lielākā daļa pacientu nokļūst intensīvajā terapijā pēc operācijas.

Intervijas protokolā respondentiem tika uzdots 2. jautājums

Kādas ir Jūsu darbā biežākas delīrija izpausmes pacientiem ar gūžas kaula kakliņa lūzumu intensīvās terapijas nodaļā?

Respondenti X1, X2, X3, X4, X5, atbildēja līdzīgi, respondentiem X6, X7, X8, X9, X10 atbildes atšķīrās.

Respondents X1 atbildēja, ka pacients ir dezorientēts laikā, telpā, persona, agresīva uzvedība pret personālu, atteikšanās no ārstēšanas un manipulācijām, kā arī bieži pacienti izrauj venozos, arteriālos un urīnpūšļa katetrus.

Respondents X2 atbildēja, ka agresivitāte, halucinācijas un drebuļi.

Respondents X3 atbildēja, ka bieži vien pacienti neorientējas laikā un telpā, dažreiz ar negatīvisma un agresivitātes izpausmēm.

Respondents X4 atbildēja, ka pacienti halucinē, pilnīgi nesaprot kur un kāpēc viņi atrodas.

Respondents X5 atbildēja, ka pacienti ir apjukuši un pilnīgi dezorientēti, pazeminātas uzmanības koncentrēšanas spējas.

Respondents X6 atbildēja, ka biežāka izpausme ir apjukums.

Respondents X7 atbildēja, ka pacienti ir miegaini, atsakās ēst, dzert, ir lielas grūtības komunicēt ar tādiem pacientiem.

Respondents X8 atbildēja, ka pacienti ir hiperaktīvi, var novērot psihomotoro uzbudinājumu. Rauj ārā katetrus, kliez, var iesist arī kādam no personāla.

Respondents X9 atbildēja, ka pacientiem parādās nakts miega trūkums, miegaini viņi ir dienas laikā.

Respondents X10 atbildēja, ka pacientiem bieži piemīt trauksme un bailes, redzes un dzirdes halucinācijas.

Šajā jautājumā var būt vairākas atbildes. Pēc respondentu atbildēm var spriest, ka delīrija izpausmes pacientiem var atšķirties. Autore uzskata, ka respondenti pārzin delīrija simptomus, jo lielākā daļa delīrijā izpausmes sakrīt ar literatūras avotos pieminētām izpausmēm. Var secināt, ka puse no respondentiem savā atbildē neminēja dezorientāciju, kā delīrija izpausmi.

Intervijas protokolā respondentiem tika uzdots 3. jautājums

Kādus palīglīdzekļus Jūs izmantojat savā darbā, lai monitorētu pacientu pēc gūžas kaula kakliņa operācijas?

Respondenti X1, X2, X3, X5, X6, X7, X8, X9, X10 atbildēja līdzīgi, tomēr X4 atbildēja, ka skalas nepielieto.

Respondents X1 atbildēja, biežāk tas ir standarta monitorings, EKG, pulsa oksimetrija, elpošanas frekvence monitorings, diurēze, neinvazīva un invazīva spiediena mērīšana, regulāra klīniska pacienta novērtēšana, novērtēšana pēc ABCDEF algoritma, asins zuduma novērtēšana pēc operācijas, tas viss tiek izmantots konstanti.

Respondents X2 atbildēja, pacients tiek vizuāli novērtēts.

Respondents X3 atbildēja, ka regulāri pielieto sāpju skalu, jautājot pacientam cik ļoti viņam sāp no 1 līdz 10, tad arī notiek nepārtraukta EKG vizualizācija, vērojam dienas režīmu, pacienta psiholoģisko stāvokli.

Respondents X4 atbildēja, ka nepielieto skalas.

Respondents X5 atbildēja, ka tikai vizuāli novērojot un komunicējot ar pacientu.

Respondents X6 atbildēja, ka nepārtraukti monitorē pacientus. Mēra bieži spiedienu, īpaši pirmās stundās pēc operācijas. Vēro cik pacientam sāp, darbā izmanto sāpju līmeņa skalu, runā ar pacientu, vizuālā pacienta novērošana un novērtēšana.

Respondents X7 atbildēja, ka pielieto standarta monitoringu un vizuāli novērtē pacienta stāvokli.

Respondents X8 atbildēja, ka vēro pacienta pašsajūtu, pielieto sāpju skalu. Vecākiem pacientiem obligāti vērojam arī psihisko stāvokli. Bieži uzdodu jautājumus par to vai pacients orientējas laikā, telpā.

Respondents X9 atbildēja, ka galvenais ir standarta monitoringa un komunikācija ar pacientu.

Respondents X10 atbildēja, ka pēc operācijas galvenais ir novērot un novērtēt pacienta vitālos rādītājus.

Pēc respondentu atbildēm var secināt, ka visi respondenti uzskata, ka ir nepieciešams sekot pacienta somatiskam un psihiskam stāvoklim. Lielākā daļa respondentu standartizētas skalas savā darbā nepielieto.

Intervijas protokolā respondentiem tika uzdots 4. jautājums

Kādas delīrija riska samazināšanas metodes Jūs pielietojat pacientiem pēc gūžas kaula kakliņa operācijas?

Respondentiem X3, X4, X5, X6, X7, X9, X10 atbildēja līdzīgi, respondentam X1 atbilde atšķīrās.

Respondents X1 atbildēja, ka oksigenācijas un hemodinamiskā stabilitātes nodrošināšana, pacienti ātrāk kļūst delīriozī, ja pacienti paliek hipoksiski vai hipotensīvi.

Respondents X2 atbildēja ka svarīga ir diennakts režīma nodrošināšana.

Respondents X3 atbildēja, vērojam lai pacientam ir adekvāta infūziju terapija, izglītojam pacientu, ir svarīgs regulārs kontakts.

Respondents X4 atbildēja, ka galvenais ir bieža komunikācija ar pacientu.

Respondents X5 atbildēja adekvāta pēcoperācijas atsāpināšana, ļoti svarīgi pielietot pareizās atsāpināšanas metodes.

Respondents X6 atbildēja, ka samazina opiātu lietošanu pacientam, jo tie dod zināmu apjukumu un dezorientāciju. Bieži vien medikamentu dēļ notiek delīrijs. Skatās, kā pacients reaģē uz

dažādiem medikamentiem. Ir svarīgs kontakts ar pacientu, regulāri atgādināt pacientam kur viņš atrodas, ko viņš var darīt pēc operācijas režīmā un ko nedrīkst.

Respondents X7 atbildēja, ka ir jādod ārsta ordinētos medikamentus.

Respondents X8 atbildēja, ka svarīga ir diennakts režīma nodrošināšana.

Respondents X9 atbildēja, ka ir svarīgi pareizi izglītēt pacientu par to ko viņš var darīt pēc operācijas un ko nē. Laicīga atsāpīnāšana.

Respondents X10 atbildēja, ka ir jāvēro pacienta reakcija uz ārsta nozīmētiem medikamentiem, ir bijuši gadījumi kad tieši medikamenti pasliktina pacienta stāvokli.

Šajā jautājumā lielāka daļa respondentu pārzin efektīva delīrija riska samazināšanas metodes.

Intervijas protokolā respondentiem tika uzdots 5. jautājums

Kādas nefarmakoloģiskas metodes Jūs pielietojat savā darbā lai ārstētu pacientus ar delīriju pēc gūžas kaula kakliņa operācijas?

Respondenti X1,X2,X3,X5,X6,X9,X10 atbildēja līdzīgi pievēršot uzmanību komunikācijai ar pacientu, respondentiem X4, X7, X8 atbildes atšķīrās.

Respondents X1 atbildēja, ka dienas un nakts režīma ievērošana, adekvāts kontakts ar pacientu. Pacienta vizuāla novērtēšana ir svarīga, lai nebūtu infekcijas pazīmes.

Respondents X2 atbildēja, ka tiek pielietota pozicionēšanā un arī fiksācija, protams izmantojot fiksācijas protokolu.

Respondents X3 atbildēja pēc iespējas pielāgo vidi, runāt ar pacientu, ja ir nepieciešamība izmantot pacienta fiksāciju gadījumos ja pacients ir agresīvs.

Respondents X4 atbildēja, ka ir svarīgā drošas vides pielāgošana. Novērst skaļas skaņas, pietiekams apgaismojums palātā.

Respondents X5 atbildēja, ka galvenais ir pozitīva attieksme pret pacientu, bieža komunikācija.

Respondents X6 atbildēja, ka tiek pielietota pacienta pozicionēšana un izgulējumu profilakse.

Respondents X7 atbildēja, ka svarīgi ir lai pacientam būtu pietiekams uzturs, fiziskās nodarbības ar fizioterapeitu, kaut vai minimālas 10-15 dienā.

Respondents X8 atbildēja, ka tuvinieku iesaistīšana procesā pozitīvi ietekmē uz atveseļošanas procesu. Tuvinieku psiholoģiskais atbalsts ir pats svarīgākais.

Respondents X9 atbildēja, ka runāt ar pacientu mierīga balsī.

Respondents X10 atbildēja, ka atbalstīt un nomierināt pacientu runājot.

Atbildot uz šo jautājumu var redzēt, ka respondenti pārzin dažādas nefarmakoloģiskās ārstēšanas metodēs. Par galveno nefarmakoloģisko metodi respondenti uzskata komunikāciju ar pacientu,

tomēr literatūra ir aprakstītas vairākas un svarīgas nefarmakoloģiskas ārstēšanas metodes, kuras ir jāpielieto kompleksā, tādas kā: pacientu uzturēšana laikā un telpā, agrīna dehidratācijas korekcija, nevajadzīgu trokšņu samazināšana.

Intervijas protokolā respondentiem tika uzdots 6. jautājums

Kādas farmakoloģiskas metodes Jūs pielietojat savā darbā lai ārstētu pacientus ar delīriju pēc gūžas kaula kakliņa operācijas?

Respondenti X4,X5,X6,X7,X8,X9 atbildēja līdzīgi, tomēr respondentiem X1,X2,X3,X10 atbildes atšķīrās.

Respondents X1 atbildēja ka pacienta personīgu antipsihotisko vai antidepresīvo zāļu lietošanas turpināšana un pēc iespējas benzodiazepīnu grupas preparātu medikamentu nepielietošana pacientiem ar delīrija risku. Skābekli un atbilstošas skābekļa pievades metodes pielietošana gadījumā ja pacients ir hipoksisks. Ja pacientam ir infekcijas pazīmes pielieto antibakteriālo terapiju. Bieži pielietojam Propafolu, opioīdu infūzijas, kuras var kombinēt pēc ārsta norādījumiem.

Respondents X2 atbildēja, ka tiek pielietoti benzodiazepīni tādi kā Diazepāms; Midozolāms, Kventiapīns, Truksāls un Tiopentāls, tiek ievadīti šķīdumi i/v Ringer.

Respondents X3 atbildēja no medikamentiem bieži vien tiek pielietots venozais Halaperidols, Diazepāms, Truksāls tabletēs, Midozolāms, viss ir atkarīgs no tā ko nozīmē ārsts.

Respondents X4 atbildēja, ka nezina kādus medikamentus pielietot.

Respondents X5 atbildēja, ka ārsta norādītos medikamentus.

Respondents X6 atbildēja, ka pēc ārsta ordinācijām

Respondents X7 atbildēja, ka nezina kādus medikamentus pielietot.

Respondents X8 atbildēja, ka ārsta ordinētie medikamenti

Respondents X9 atbildēja, ka māsa pati nedod medikamentus, tikai ārsts.

Respondents X10 atbildēja, ka pielieto opioīdus.

Lielāka daļa no respondentiem uzskata, ka jāievēro ārsta ordinācijas. Atbildēs tika minēta sedatīvo medikamentu pielietošana (antipsihotiķi, benzodiazepīni, opioīdi) delīrija ārstēšana. Pēc literatūra minētiem datiem, sedatīvo medikamentu pielietošanai efektivitāte pēc operācijas delīrija ārstēšana ir apšaubāma.

Intervijas protokolā respondentiem tika uzdots 7. jautājums

Kāda ir māsas rīcība akūta delīrija gadījumā pacientiem ar gūžas kaula kakliņa lūzumu?

Respondenti X2,X3,X4,X5,X6,X7,X9,X10 atbildēja līdzīgi, X1 atbilde atšķīrās.

Respondents X1 atbildēja, ka galvenais ir situācijas novērtēšanā, jāpārlicinās ka man personīgi nekas nedraud. Pacienta novērtēšanā un palīdzības izsaukšana ja tā ir nepieciešama. Nozīmētu ordināciju izpildīšana.

Respondents X2 atbildēja ka, benzodiazepīnu ievadīšana, fiksācija un turpmākā aprūpe.

Respondents X3 atbildēja ka ir svarīga panākt lai pacients nekaitētu sev un apkārtējiem tāpēc fiksējam pacientu kā arī ir svarīga adekvāta medikamentozā terapija. Bieži vienai māsai nav iespējams tikt galā, tāpēc palīdz arī cits medicīnas personāls

Respondents X4 atbildēja, ka piefiksēs pacientu lai tas nesāktu raut ārā katetrus.

Respondents X5 atbildēja, ka mēģinās nomierināt pacientu runas laikā, pārbaudīs ārsta ordinācijas, atsāpinās, piefiksēs.

Respondents X6 atbildēja, ka uzreiz ziņos ārstam.

Respondents X7 atbildēja, piefiksēs pacientu lai viņš nekaitētu sev un parējām personālam.

Respondents X8 atbildēja, ka novērtēs situāciju un sauks pēc palīdzības ārstu.

Respondents X9 atbildēja, ka fiksēs pacientu.

Respondents X10 atbildēja, ka piefiksēs pacientu un tad sauks ārstu.

No atbildēm var secināt, ka respondenti novērtē pacientu, ka neprognozējamu un potenciāli bīstamu sev un apkārtējiem. Lielāka daļa no respondentiem uzskata, ka pacientu ir nepieciešams piefiksēt, kas nesakrīt ar literatūras avotos piedāvāto taktiku.

Intervijas protokolā respondentiem tika uzdots 8. jautājums

Kāda turpmākā aprūpe ir jāsaņem pacientam ar gūžas kaula kakliņa lūzumu pēc delīrija parādīšanās?

Respondenti X3,X5,X6,X8 atbildēja līdzīgi, X1,X2,X4,X7,X9,X10 atbildes atšķīrās.

Respondents X1 atbildēja, ka aprūpe ir atkarīga no pacienta psihiatriskā statusa, kognitīvā statusa un rīcībspējas.

Respondents X2 atbildēja, pacientam veic asins un urīna analīzes, ja pacients ir fiksēts tad tiek veikta izgulējumu profilakse un izgulējumu protokolēšana.

Respondents X3 atbildēja, ka ir nepieciešama medikamentozā terapija, infūzu terapija, jāpiesaista pacienta radnieki lai palīdz, komunikācija ar pacientu.

Respondents X4 atbildēja, ka pozicionēt pacientu un nodarbināt to, neatstāt bez uzraudzības.

Respondents X5 atbildēja, ka psiholoģiski atbalstīt pacientu.

Respondents X6 atbildēja, ka novērst stresa avotus.

Respondents X7 atbildēja, ka izglītot radniekus un piesaistīt tos ārstēšanas procesā.

Respondents X8 atbildēja, ka delīrija risku faktoru mazināšana.

Respondents X9 atbildēja, ka sekot pacienta klīniskajām analīžu atbildēm

Respondents X10 atbildēja, runāt ar pacientu un izglītot viņu.

No atbildēm var secināt, ka respondenti uzskata, ka pacientam pēc delīrija epizodes ir nepieciešama papildus uzraudzība, veselības stāvokļa izvērtēšana, atbalsts. Blakusslimību atpazīšana un ārstēšana nav minēta nevienā no atbildēm.

SECINĀJUMI UN REKOMENDĀCIJAS

1. Ir svarīgi savlaicīgi identificēt pacientus, kuriem ir paaugstināts delīrija attīstības risks.
2. Delīrija agrīnā atpazīšana un ārstēšana samazina riskus pacientiem, viņu uzturēšanās laiku ITN nodaļā, un samazinās ekonomiskās izmaksas pacientam, ģimenei un veselības sistēmai kopumā.
3. Par svarīgu ārstēšanas metodi delīrija ārstēšanā respondenti minēja antipsihotiķu un benzodiazepīnu pielietošanu, ka arī pacientu fiksāciju.
4. Pēc respondentu atbildēm var spriest, ka lielākā daļa respondentu savā darba pieredzē IT nodaļā ir saskaršies ar pacientiem ar delīriju, kas attīstījās pēcoperācijas periodā, bet delīrija atpazīšana sagādā grūtības neskatoties uz to, ka respondenti pārzin delīrija simptomus.
5. Neskatoties uz to, ka pacienta fiksācija, tiek pielietota lai mazinātu viņa un apkārtējo cilvēku veselības apdraudējuma risku, tas var pasliktināt pacienta stāvokli un no tās pielietošanas pēc iespējas ir jāizvairās.
6. Respondenti uzskata, ka pacientam pēc delīrija epizodes ir nepieciešama papildus uzraudzība, veselības stāvokļa izvērtēšana, māsas atbalsts.
7. Var secināt, ka respondenti ir motivēti aktīvi iesaistīties delīriozo pacientu aprūpē un ārstēšanā savā darbā.
8. Māsas lomai ir liela nozīme delīrija profilaksē, atpazīšanā un ārstēšanā.

Standartizēto skalu ieviešana aprūpē var palīdzēt agrīni identificēt pacientus ar delīriju. Papildus lekcijas un mācību materiāli par delīriju var palīdzēt māsām šo smagu pacientu aprūpē. Ir nepieciešams pēc iespējas vairāk ievest nefarmakoloģiskas delīrija ārstēšanas metodes.

LITERATŪRAS AVOTI

1. Stučāns O., Juntiņš A., Studers P., Beļajevs D., Nedislocēto augšstilba kaula kakliņa lūzumu ķirurģiskās ārstēšanas metodes izvēle vecāka gadagājuma pacientiem. RSU Zinātniskā konference, 2017.04., 179.lpp.
2. Kai-Biao L. ,Nan-Ping Y. ,Yi-Hui L.,Chien-Lung Ch ,Chi-Hsu W.,Hou-Chuan Ch.,Nien-Tzu Ch. The incidence and factors of hip fractures and subsequent morbidity in Taiwan: An 11-year population-based cohort study. Published: February 15, 2018. [Skatīts 03. 02.2020] Pieejams: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0192388>
3. Iedzīvotāju skaita izmaiņas Latvijā par 2017 gadu. [Skatīts 03.02.2020] Pieejams: <https://www.csb.gov.lv/lv/statistika/statistikas-temas/iedzivotaji/iedzivotaju-skaitis/meklet-tema/2402-iedzivotaju-skaita-izmainas-latvija-2017>
4. Chevalley T., Incidence of hip fracture over a 10-year period (1991-2000): reversal of a secular trend//Bone, May 2007, 40(5): 1284-9. [Skatīts 04.02.2020] Pieejams: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17292683/>
5. Janssen, T. L., Alberts, A. R., Hooft, L., Mattace-Raso, F. U. S., Mosk, C. A., & van der Laan, L. (2019). Prevention of postoperative delirium in elderly patients planned for elective surgery: systematic review and meta-analysis. *Clinical Interventions in Aging*, Volume 14, 1095–1117. [Skatīts 01.03.2020] Pieejams: <https://doi.org/10.2147/cia.s201323>
6. Priede – Kalniņa Z., Māsas prakse, Pamatota teorija. ASV, Heritage Printig/Graphics,1998. 210 lpp.
7. MIYERKULES, MARSO 21, 2012. Nursing theories: Betty Neuman system model. [Skatīts 01.03.2020] Pieejams: <http://nursingtheories-mtctfn2011-2012.blogspot.com/2012/03/betty-neumans-systems-model.html>
8. Rupenheite.M., Betija Ņumane. Veselības aprūpes sistēmas teorija.(2010). [Skatīts 01.03.2020] Pieejams: <http://www.medkursi.lv/?p=1209>
9. Nursing theories. Betty Neuman system model. [Skatīts 04.02.2020] Pieejams: <https://www.nursing-theory.org/theories-and-models/neuman-systems-model.php>
10. Kannayiram Alagiakrishnan, MD, MBBS, MPH, MHA; Chief Editor: Glen L Xiong, MD Delirium. Updated: Apr 25, 2019 <https://emedicine.medscape.com/article/288890-overview>
11. Eglītis I., Psihiatrija. (2006). Vecordia, izvilums LEGLIT, 50. – 55. lpp

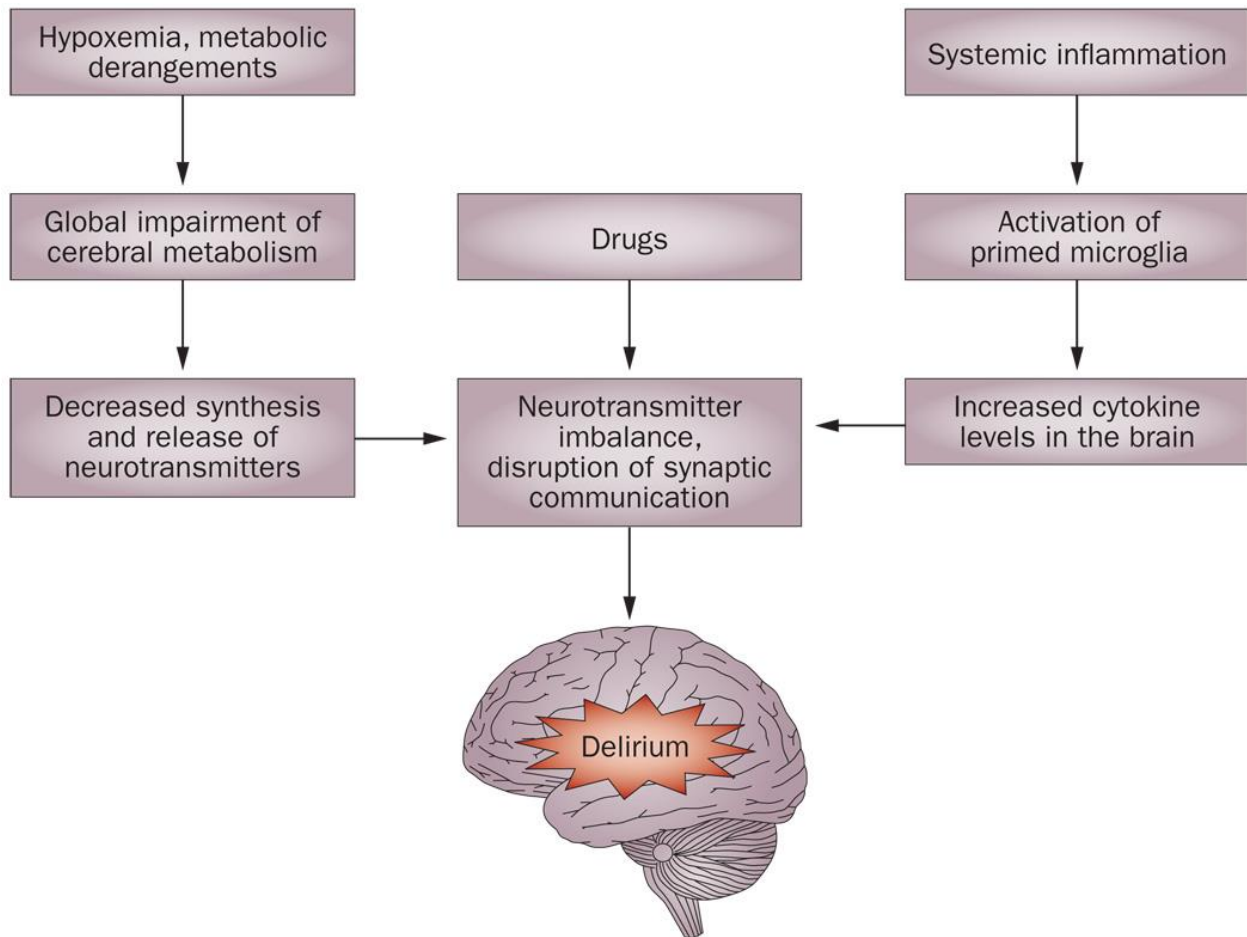
12. Kaplan & Sadock's. Pocket Handbook of Clinical Psychiatry. Third edition, 2001; 306 – 318. p.
13. Психотические нарушения. Симптомы и лечение психозов. [Skatīts 17.04.2020]. Pieejams: <http://www.psystatus.ru/article.php?id=28>
14. American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5), Fifth Edition. Arlington: American Psychiatric Association. [Skatīts 18.04.2020] Pieejams: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3777342/>
15. Sadock, B. J. (2015). Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry. 11th ed. Kindle edition. LWW. 999-1010 p.
16. Taube M., Klīniskais algoritms. Demences novērtēšana un diagnostika. [Skatīts 18.04.2020] Pieejams: https://www.spkc.gov.lv/sites/spkc/files/data_content/26.dem_alg_1_apr_dem_nov_un_diagn1.pdf
17. Tamara G. Fong, Samir R. Tulebaev, and Sharon K. Inouye., Delirium in elderly adults: diagnosis, prevention and treatment. Author manuscript; available in PMC 2011 Mar 29. Published in final edited form as: Nat Rev Neurol. 2009 Apr; 5(4): 210–220. Tiešsaiste. Skatīts [18.04.2020] Pieejams: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3065676/>
18. Bušs J., Štenberga B., Bērziņa – Novikova N., Dūdiņa K. Psihisko un uzvedības traucējumu mūsdienīgas terapijas principi stacionārā un ambulatorā praksē. Agresīvās uzvedības nemedikamentozā korekcija. (2019). Eiropas Sociālā fonda projekta Nr.9.2.6.0/17/1/001. Mācību materiāls.
19. Juebin, H., Delirium. MD, PhD, Memory Impairment and Neurodegenerative Dementia (MIND) Center, University of Mississippi Medical Center Last full review/revision Apr 2020. Tiešsaiste. [Skatīts 19.04.2020] Pieejams: <https://www.merckmanuals.com/home/brain,-spinal-cord,-and-nerve-disorders/delirium-and-dementia/delirium>
20. Inouye SK, et al. Clarifying confusion: the confusion assessment method. A new method for detection of delirium. Ann. Intern. Med. 1990;113:941–948 p. [Skatīts 03.05.2020] Pieejams: <https://www.acpjournals.org/doi/10.7326/0003-4819-113-12-941>
21. Wei LA, Fearing MA, Sternberg EJ, Inouye SK. The Confusion Assessment Method: a systematic review of current usage. J. Am. Geriatr. Soc. 2008;56:823–830 p. [Skatīts 04.05.2020] Pieejams: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18384586/>

22. Ely EW, et al. Delirium in mechanically ventilated patients: validity and reliability of the confusion assessment method for the intensive care unit (CAM-ICU) JAMA. 2001;286:2703–2710 p. [Skatīts 07.05.2020] <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11730446/>
23. Ely EW, et al. Evaluation of delirium in critically ill patients: validation of the Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit (CAM-ICU) Crit. Care Med. 2001;29:1370–1379 p. [Skatīts 07.05.2020] <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11445689/>
24. Hart RP, Best AM, Sessler CN, Levenson JL. Abbreviated cognitive test for delirium. J. Psychosom. Res. 1997;43:417–423 p. [Skatīts 02.05.2020] Pieejams: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9330241/>
25. Marcantonio ER, Flacker JM, Michaels M, Resnick NM. Delirium is independently associated with poor functional recovery after hip fracture. J. Am. Geriatr. Soc. 2000;48:618–624 p. [Skatīts 03.05.2020] Pieejams: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10855596/>
26. Ely, EW, Shintani, A, Truman, B, Speroff, T, Gordon, SM, Harrell, FEJr, Inouye, SK, Bernard, GR, Dittus, RS Delirium as a predictor of mortality in mechanically ventilated patients in the intensive care unit.. JAMA. (2004). 291 1753–62 [Skatīts 06.05.2020] Pieejams: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15082703/>
27. Christina J. Hayhurst, M.D.; Pratik P. Pandharipande, M.D.; Christopher G. Hughes, M.D. Intensive Care Unit Delirium: A Review of Diagnosis, Prevention, and Treatment. Anesthesiology 2016; 125:1229-41 [Skatīts 01.05.2020] Pieejams: <https://anesthesiology.pubs.asahq.org/article.aspx?articleid=2566230#x2013;1241>
28. Pandharipande, PP, Pun, BT, Herr, DL, Maze, M, Girard, TD, Miller, RR, Shintani, AK, Thompson, JL, Jackson, JC, Deppen, SA, Stiles, RA, Dittus, RS, Bernard, GR, Ely, EW Effect of sedation with dexmedetomidine vs lorazepam on acute brain dysfunction in mechanically ventilated patients: The MENDS randomized controlled trial.. JAMA. (2007). 298 2644–53 [Skatīts 11.05.2020] Pieejams: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5709210/>
29. С.С. КИРЕЕВ, Т.Л. БАДАКВА, О.А. ЧУКАНОВА, ДЕЛИРИЙ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ. (2019). Тульский государственный университет, медицинский институт, Россия. [Skatīts 20.05.2020] Pieejams: <https://cyberleninka.ru/article/n/deliriy-v-posleoperatsionnom-periodе-obzor-literatury>
30. Barr J., Fraser G.L., Puntillo K., Wesley E.E., Gélinas C., Dasta J.F. Crit. Care Med. 2015. № 41. P. 1. [Skatīts 25.05.2020] Pieejams: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5119532/>

31. Послеоперационный делирий в ортопедо-травматологической практике : пособие для врачей. – СПб. : РНИИТО, 2013. – 32 с. [Skatits 01. 06.2020] Pieejams: <http://library.rniito.org/download/manuals/Deliriy.pdf>
32. Ланни Ф., Лолли С., Бороздина А., Роза Г. Билотта Факторы риска для послеоперационного бреда // Европейский журнал анестезиологии. 2013. №30. С. 9–10 с. [Skatits 02.07.2020] Pieejams: <http://www.medtsu.tula.ru/VNMT/Bulletin/E2019-2/1-7.pdf>
33. By Gil Wayene, BSN, R.N *Acute Confusion Nursing Care Plan* [Skatits 02.07.2020] Pieejams: <https://nurseslabs.com/acute-confusion/>
34. [Edward R Marcantonio](#) *Delirium in Hospitalized Older Adults* 2017 Oct 12;377(15):1456-1466 [Skatits 02.07.2020] Pieejams: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29020579/>
35. 17. Liptzin B., Levkoff S.E. An empirical study of delirium subtypes. *Br. J. Psychiatry.* 1992; 161. 843-845 p.
36. Sessler CN, Gosnell MS, Grap MJ, Brophy GM, O’Neal PV, Keane KA, Tesoro EP, Elswick RK. The Richmond Agitation-Sedation Scale: validity and reliability in adult intensive care unit patients. [Am J Respir Crit Care Med. 2002; 166 \(10\): 1338–1344](#) [Skatits 02.07.2020] Pieejams: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12421743/>
37. Jin H. Han, MD, MSc, Amanda Wilson, MD, Amy J. Graves, SM, MPH, Ayumi Shintani, PhD, MPH, John F. Schnelle, PhD, Robert S. Dittus, MD, MPH, James S. Powers, MD, John Vernon, MD, Alan B. Storrow, MD, and E. Wesley Ely, MD, MPH *Validation of the Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit in Older Emergency Department Patients* 182.p [Skatits 02.07.2020] Pieejams: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/acem.12309>

PIELIKUMI

Dažādu faktoru ietekme delīrija attīstībā



1.2.1 att.

Attēla var redzēt, ka dažādi patofizioloģiski mehānismi ir iesaistīti delīrija attīstībā: metaboliskie traucējumi, medikamentu blaknes, iekaisuma reakcija organismā. Visi šie patoloģiskie procesi var būt pacientam pēcooperācijas periodā.

INTERVIJAS JAUTĀJUMI

Esmu Latvijas Universitātes Māszinību bakalaura programmas studente Aleksandrija Poluņina un aicinu Jūs piedalīties pētījumā „Delīrija riska mazināšanas pasākumi pacientiem ar gūžas kaula kakliņa lūzumu intensīvās terapijas nodaļā”. Pētījuma mērķis ir noskaidrot delīrija riska mazināšanas pasākumus pacientiem ar gūžas kaula kakliņa lūzumu intensīvās terapijas nodaļā.

Pētījuma ietvaros lūdzu Jūs piedalīties pētījuma intervijā, atbildot uz intervijas jautājumiem. Intervija Jums aizņems aptuveni 10 minūtes.

Pirms intervijas Jums ir tiesības uzdot jautājumus par pētījumu un saņemt uz tiem atbildes.

Piedalīšanās pētījuma intervijā ir brīvprātīga. Jūs varat atteikties sniegt interviju vai pārtraukt to jebkurā brīdī, un Jūsu atteikšanās neradīs nekādu nevēlamu ietekmi uz Jums sniegtās veselības aprūpes kvalitāti.

Intervijā iegūtie dati tiks izmantoti bakalaura darbā, anonimizējot datus. Publicējot pētījuma rezultātus bakalaura darbā, Jūsu identitāte netiks atklāta. Pētījuma laikā netiks iegūti un apstrādāti Jūsu personas dati.

- 1) Kad pacienti ar gūžas kaula kakliņa lūzumu biežāk nonāk intensīvas terapijas nodaļā?
- 2) Kādas ir Jūsu darbā biežākas delīrija izpausmes pacientiem ar gūžas kaula kakliņa lūzumu intensīvās terapijas nodaļā?
- 3) Kādus palīglīdzekļus Jūs izmantojat savā darbā, lai monitorētu pacientu pēc gūžas kaula kakliņa operācijas?
- 4) Kādas delīrija riska samazināšanas metodes Jūs pielietojat pacientiem pēc gūžas kaula kakliņa operācijas?
- 5) Kādas nefarmakoloģiskas metodes Jūs pielietojat savā darbā lai ārstētu pacientus ar delīriju pēc gūžas kaula kakliņa operācijas?
- 6) Kādas farmakoloģiskas metodes Jūs pielietojat savā darbā lai ārstētu pacientus ar delīriju pēc gūžas kaula kakliņa operācijas?
- 7) Kāda ir māsas rīcība akūta delīrija gadījumā pacientiem ar gūžas kaula kakliņa lūzumu?
- 8) Kāda turpmākā aprūpe ir jāsaņem pacientam ar gūžas kaula kakliņa lūzumu pēc delīrija parādīšanās?

Paldies!

KONTENTANALĪZE

Satura vienības	Kategorija	Jēdziens
1. Kad pacienti ar gūžas kaula kakliņa lūzumu biežāk nonāk intensīvas terapijas nodaļā?		
„ Izoperēti” „ Pēc operācijas” „ Pirms operācijas un pēc operācija”	Viedoklis	Pacientu biežāka nonākšana intensīvajā terapijā
2. Kādas ir Jūsu darbā biežākas delīrija izpausmes pacientiem ar gūžas kaula kakliņa lūzumu intensīvās terapijas nodaļā?		
„ Dezorientācija” „ Agresivitātē” „ Halucinācijas” „ Apjukums” „ Trauksme” „ Bailes” „ Atteikšanās no ārstēšanas”	Psihoemocionālās izpausmes	Biežākas delīrija izpausmes
„ Miegainība” „ Drebuļi” „ Psihomotorāis uzbudinājums” „ Pazeminātas uzmanības koncentrēšanas spējas” „ Nakts miega trūkums” „ Ēšanas traucējumi”	Fizikālās izpausmes	
„ Atteikšanās no ārstēšanas”	Delīrija izpausme	

3. Kādus palīglīdzekļus Jūs izmantojat savā darbā, lai monitorētu pacientu pēc gūžas kaula kakliņa operācijas?		
„Standarta monitorings” „EKG” „Elpošanas frekvence” „Diurēze” „Neinvazīvā spiediena mērīšana” „Invazīvā spiediena mērīšana” „Pulsa oksimetrija” „Asins zuduma novērtēšana”	Standarta monitoringa pielietošana	Palīglīdzekļu izmantošana pacientu monitorēšanai
„ABCDEF algoritms” „Nepielieto skalas” „Sāpju skala”	Skalu pielietošana	
„Vizuālā pacienta novērtēšana un novērošana” „Komunikācija ar pacientu”	Pacienta novērtēšana	

4. Kādas delīrija riska samazināšanas metodes Jūs pielietojat pacientiem pēc gūžas kaula kakliņa operācijas?		
„ Oksigenācija” „ Ārsta nozīmētie medikamenti” „ Atsāpināšana”	Farmakoloģiskas metodes	Delīrija riska samazināšanas metodes
„ Infūziju terapija” „ Biežs kontakts ar pacientu” „ Pacienta izglītošana” „ Diennakts režīma nodrošināšana” „ Pacienta reakcijas novērošana uz medikamentozo terapiju”	Nefarmakoloģiskas metodes	

5. Kādas nefarmakoloģiskas metodes Jūs pielietojat savā darbā lai ārstētu pacientus ar delīriju pēc gūžas kaula kakliņa operācijas?		
„Dienas un nakts režīma ievērošana” „ Biežs kontakts ar pacientu” „ Pietiekams uzturs” „ Dehidratācijas novēršana” „Drošās vides pielāgošana” „ Pacienta fiksācija” „ Pacienta pozicionēšanā” „Novērst skaļas skaņas” „ Pietiekams apgaismojums palātā”	Māsas uzdevumi	Nefarmakoloģisko metožu pielietošana delīrija ārstēšanai
„ Tuvinieku iesaistīšana ārstēšanas procesā” „Adekvātas fiziskās nodarbības” „ Izgulējumu profilakse”	Māsas un pacienta kopējie uzdevumi	

6. Kādas farmakoloģiskas metodes Jūs pielietojat savā darbā lai ārstētu pacientus ar delīriju pēc gūžas kaula kakliņa operācijas?		
„ Antipsihotisko un antidepresīvo zāļu pielietošana” „ Skābekļa terapija” „ Benzodiazepīnu lietošanas mazināšana” „ Ārsta ordinētie medikamenti” „ Infūzijas” „ Antibakteriālā terapija infekcijas gadījumā” „ Atsāpinošie medikamenti” „ Opioīdu lietošana”	Farmakoloģiskas metodes	Farmakoloģisko metožu pielietošana delīrija ārstēšanai
7. Kāda ir māsas rīcība akūta delīrija gadījumā pacientiem ar gūžas kaula kakliņa lūzumu?		
„ Situācijas novērtēšana” „ Pacienta drošība” „ Personāla drošība” „ Palīdzības izsaukšana” „ Pacienta fiksācija” „ Medikamentu lietošana pēc ordinācijām” „ Neatstāt pacientu vienu” „ Kontakts ar pacientu” „ Atsāpināšana”	Māsas uzdevumi	Māsas rīcība akūta delīrija gadījumā

Bakalaura darbs „Delīrija riska mazināšanas pasākumi pacientiem ar gūžas kaula kakliņa lūzumu intensīvas terapijas nodaļā” izstrādāts LU Medicīnas fakultātē.

Ar savu parakstu apliecinu, ka pētījums veikts patstāvīgi, izmantoti tikai tajā norādītie informācijas avoti un iesniegtā darba elektroniskā kopija atbilst izdrukai.

Autors: Vārds, uzvārds (paraksts)

datums

Rekomendēju darbu aizstāvēšanai

Vadītājs: zinātniskais grāds, vārds, uzvārds (paraksts)

datums

Recenzents:

Darbs iesniegts Medicīnas fakultāte studiju programmas nosaukums

_____ datums

Metodiķe: Vārds, uzvārds _____

Darbs aizstāvēts bakalaura gala pārbaudījuma komisijas sēdē

___.__.2020. prot. Nr. __, vērtējums _____

Komisijas sekretāre: _____